ERGEBNISBAND

INN^{3plus}

Integrationsnetzwerk Niedersachsen – motivieren, qualifizieren, integrieren – Effektivität einer Kombination aus medizinisch-beruflicher Rehabilitation und teilhabe- und motivations-orientierter Psychotherapie

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt INN³plus aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts INN³plus erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 6
1.1 Ausgangslage 7
1.2 Zielgruppe 8
1.3 Inhalte 10
1.4 Ziel, ursprünglich geplante Evaluationsmethoden & Umsetzungsschwierigkeiten 17
1.5 Anpassung der Evaluationsziele und - Methoden auf Basis der vorhandenen Daten 19

2 Ergebnisse des Modellprojekts 23

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 33

4 Verstetigung vor Ort und im eigenen Rentenversicherungsträger 36

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung. 37

6 Anlagen 40
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 40
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 40
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 40

Einleitung und Inhalt

In Deutschland stehen jährlich Tausende von Rehabilitanden vor der Herausforderung, nach Krankheit oder Unfall wieder in das Berufsleben zurückzukehren. Über 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden bei der deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023 gestellt. Das ist eine Steigerung um über 10 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Im selben Jahr reichten die Versicherten 332.670 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Rentenversicherung ein, was im Vergleich zum Vorjahr einen leichten Zuwachs von 0,6 Prozent bedeutet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). Der Bedarf für medizinische und berufliche Rehabilitation ist entsprechend hoch und tendenziell steigend.

Die Wiedereingliederung dieser Menschen ist nicht nur ein wichtiger Schritt für ihre persönliche Lebensqualität, sondern auch ein entscheidender Faktor für Gesellschaft und Wirtschaft im Kontext des Fachkräftemangels und der finanziellen Auswirkungen auf das Sozialversicherungssystem insgesamt, insbesondere aber hinsichtlich der Rolle der Deutschen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung.

Studien zeigen, dass Menschen, deren Problemlagen bereits lange vor dem Antrag auf Rehabilitation begannen, durch herkömmliche Maßnahmen kaum erreicht werden (z.B. Steffanowski et al. 2007; Oster, Müller & Wietersheim, 2009; Cancelliere et al. 2016). Anders ausgedrückt: Personen mit komplexen hemmenden Kontextfaktoren finden oftmals kein passendes Teilhabeangebot und können so dauerhaft nicht in den Arbeitsmarkt zurückkehren.

Diese Zielgruppe wird mit INN^{3plus} angesprochen: Um auch Ihnen den Weg zurück ins Arbeitsleben zu ermöglichen, werden psychotherapeutische, medizinische sowie beruflich-rehabilitative Leistungen erstmals bedarfsgerecht und flexibel kombiniert. Damit kommt INN^{3plus} Empfehlungen bisheriger wissenschaftlicher Studien zur Optimierung des Rehabilitationsprozesses nach (z.B. Bethge, Herbold, Trowtzsch & Jacobi, 2010; Bülau et al. 2016; Krauth & Bartling, 2017; Kessemeier et al. 2018).

Das Projekt und seine Ergebnisse im Überblick

- Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung bieten betroffenen Personen umfassende Möglichkeiten, ihre berufliche Teilhabe wiederzuerlangen
- Mehr als 336.000 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe wurden 2023 gestellt, ebenso viele wurden auch erbracht
- Klassische Leistungen zur Teilhabe erreichen jedoch nicht alle betroffenen Personen gleichermaßen – Personen mit komplexen hemmenden Kontextfaktoren, die neben einem beruflichen auch einen sozialen, persönlichen und gesundheitlichen Teilhabebedarf bedeuten, finden häufig kein passendes Angebot
- Das Projekt INN^{3plus} richtete sich an diese Gruppe und bot neben einer klassisch-orientierten Leistungen zur Teilhabe auch individuell abgestimmte psychotherapeutische und berufliche Leistungen
- Das Besondere ist zudem, dass die psychotherapeutische Leistung teilweise im Berufsförderungswerk Bad Pyrmont der INN-tegrativ gGmbH erbracht wurde
- In der rund dreijährigen Interventionsphase konnten 222 Personen in ein vierwöchiges Assessment zur Feststellung der potentiellen Veränderungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit aufgenommen werden
- Bereits dann fanden teilhabeorientierte psychotherapeutische Gespräche im Berufsförderungswerk statt und das Rehazentrum Friedrichshöhe Bad Pyrmont widmete sich gesundheitsbezogenen Teilhabe
- Die bis zu sechsmonatige Hauptmaßnahme konnte von 84 Personen angetreten werden und auch hier erhielten sie ein individuelles psychotherapeutisches und medizinisches Unterstützungsprogramm.
- Sie haben zusätzlich ihre beruflichen Perspektiven mit dem Team des Berufsförderungswerks weiterentwickelt und rund 70 Prozent sind im Anschluss erfolgreich in den Arbeitsmarkt zurückgekehrt
- Der Ansatz hat sich somit als wirksam für die Zielgruppe erwiesen und zeigt positive Effekte in Hinblick auf die Zielgröße der beruflichen Reintegration

- Die Verstetigung am Standort Bad Pyrmont ist möglich und wird für andere Standorte geprüft
- Voraussetzung ist möglichst eine Vernetzung mit einem psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung, um die psychotherapeutischen und medizinischen Leistungen erbringen zu können
- Die bundesweite Verstetigung ist unter diesen Bedingungen möglich

Der Ergebnisband wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover gemeinsam mit den Projektmitarbeitenden der Universität Hildesheim erstellt und stellt damit den Abschlussbericht dar. Die Projektmitarbeitenden haben überwiegend die Kapitel „Wissenschaftliche Begleitung“, „Ergebnisse des Modellprojekts“ und „Erkenntnisse“ erstellt.

1 Darstellung des Modellprojekts



Integrationswerkstatt im Berufsförderungswerk Bad Pyrmont. Hier werden berufspraktische Arbeitsaufträge, die sich an dem jeweiligen Integrationsziel orientieren, im Rahmen von Projekten umgesetzt. Sie wird aber auch für aktive Pausen genutzt.

Das innovative Projekt INN^{3plus} kombiniert medizinische und berufliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) mit intensivierter teilhabeorientierter Einzelpsychotherapie. Ziel hierbei ist es, Teilhabehemmnisse, die durch Kontextfaktoren, psychische Beeinträchtigungen und/ oder (arbeits-) biographische Konflikte und Probleme entstanden oder begründet sind, intensiver und maßnahmenbegleitend zu bearbeiten als in traditionellen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierdurch soll den Teilnehmenden der (Wieder-)Einstieg in das Erwerbsleben erleichtert werden.

Um dieses Angebot darzustellen, arbeiten die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, das Berufsförderungswerk Bad Pyrmont der INN-tegrativ GmbH sowie die Rehaklinik Friedrichshöhe Bad Pyrmont eng miteinander zusammen. Das Projekt wird von der Stiftung Universität Hildesheim wissenschaftlich begleitet.

1.1 Ausgangslage

Traditionell werden Angebote zur Rehabilitation in Deutschland entweder unter medizinischen oder beruflichen Gesichtspunkten betrachtet.

Laut Deutsche Rentenversicherung Bund (2024) kann eine medizinische Rehabilitation je nach Bedarf ärztliche Behandlung, Bewegungstherapie, arbeitsbezogene Maßnahmen, Gesundheitsbildung und Patientenschulung, Psychologische Beratung, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, physikalische Therapie, Ernährungsberatung sowie soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung beinhalten. Die Maßnahmen können stationär oder ambulant ablaufen und dauern im Schnitt circa 3 Wochen. Im Anschluss an eine medizinische Reha können Nachsorgemaßnahmen erfolgen und/oder die stufenweise Wiedereingliederung, die bis zu 6 Monate dauern kann. Die Rehabilitanden zeigen sich laut Bericht insgesamt zufrieden mit ihrer Reha. Auch das Ziel der Erwerbstätigkeit wird bei 70 % der Rehabilitanden erreicht. Der Erfolg erscheint allerdings eher mittelfristig, nach 24 Monaten sind nur noch knapp die Hälfte dieser Personen erwerbstätig.

Ziel einer beruflichen Rehabilitation (auch: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) ist es, „die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu bessern, wiederherzustellen und ihnen eine berufliche Wiedereingliederung auf Dauer zu ermöglichen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). LTAs sind sehr vielfältig: Sie reichen von finanziellen Zuschüssen über Berufsvorbereitung bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Sie sind grundsätzlich wirksam, immerhin können nach 2 Jahren 59 % der Teilnehmende erfolgreich wieder beruflich eingegliedert werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). Gleichzeitig lässt die Statistik darauf schließen, dass rund 40 % von der Maßnahme nicht wie erwartet profitieren. Zudem traten 2023 3,7 % der Versicherten mit bewilligter Leistung zur Teilnahme am Arbeitsleben ihre berufliche Rehabilitation gar nicht erst an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024). Dies steht sinnbildlich für die komplexen Bedingungen, die einer erfolgreichen Wiedereingliederung bei Rehabilitanden mit besonderen Problemlagen häufig entgegenstehen. Diese werden weder in der medizinischen, noch in der beruflichen Rehabilitation ausreichend berücksichtigt, und zwar aus unterschiedlichen Gründen:

Klassische medizinische Rehabilitationen konzentrieren sich hauptsächlich auf die Heilung oder Linderung von Krankheiten und psychischen Störungen, während sie den Aspekt der Arbeitsplatzintegration oft außer Acht lassen. Vor allem nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation besteht kaum noch Einfluss auf die tatsächliche Wiedereingliederung. Auch die Rehabilitanden selbst wünschen sich, so geht es aus einer Befragung der Deutsche Rentenversicherung hervor, noch mehr Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024).

Die berufliche Reha zielt darauf ab, die Arbeitsfähigkeit durch trainings- und arbeitsplatzorientierte Maßnahmen wiederherzustellen, widmet sich jedoch selten den zugrundeliegenden psychischen und sozialen Problemen der Betroffenen.

Für beide Rehabilitationsformen gilt, dass vor allem die in manchen Fällen notwendige intensive psychotherapeutische Bearbeitung einzelner Belastungsfelder nicht möglich ist. Insbesondere Personen mit komplexen Krankheitsbildern (Steffanowski et al. 2007; Oster, Müller & Wietersheim, 2009, Cancelliere et al. 2016), psychischen Belastungen (Hees, Koeter & Schene, 2012; Cancelliere et al. 2016; Streibelt, Matties & Zollmann, 2025) und hinderlichen Kontextbedingungen (Bülau et al. 2016) profitieren oft weniger von klassischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Gerade diese Personen machen in den letzten Jahren allerdings einen immer größer werdenden Anteil an den Versicherten aus (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 2021; Reims, Rauch & Nivorozhkin, 2023). Entsprechend wachsend ist auch der Bedarf für flexibel, individuell anpassbare Rehabilitationskonzepte. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover reagierte darauf schon früh: Bereits 2008 erprobt sie innovative Konzepte, um Rehabilitationsmaßnahmen auch für Versicherte mit besonderem Bedarf effektiver zu gestalten. Laut einer Meta-Analyse von Waddel et al. (2008) brauche es für eine hohe Reintegrationsquote in den Arbeitsmarkt vor allem Kooperation aller beteiligten Institutionen, multidisziplinäre Interventionen, eine Balance zwischen gesundheits- und arbeitsfokussierenden Maßnahmen sowie einen nahtlosen Übergang der Versicherten zwischen diesen Maßnahmen. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR-Reha) der Deutsche Rentenversicherung versuchte während ihrer Erprobungsphase zwischen 2008 und 2012 genau das umzusetzen, indem sie die Kooperation unterschiedlicher

Prozessbeteiligter (z.B. Firmen, Kliniken, Krankenversicherungen) intensivierte. Zudem wurden alle Rehafachberatenden zu Fallmanagern weiterqualifiziert. Diese halfen den Versicherten persönlich und individualisiert und hatten unter anderem die Aufgabe, angrenzende Hilfsanbieter fallspezifisch zu kontaktieren. Dieses Konzept führte tatsächlich zu einer höheren Reintegrationsquote in den Arbeitsmarkt und wurde gerade bei psychosomatischen PatientInnen gut angenommen (Gerdau-Heitmann & Schwarze, 2016). Seit 2012 ist es deshalb fester Bestandteil des Repertoires der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. MBOR sorgt seit dem dafür, dass Versicherte zeitnah nach Ende der medizinisch-rehabilitativen Leistung durch professionelle Nutzung des LTA-Katalogs auch bei der Erhaltung oder Begründung eines neuen leidensgerechten Arbeitsverhältnisses unterstützt werden.

Daran soll sich INN^{3plus} nun anschließen und das Konzept der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und des Fallmanagements noch um das Element der teilhabeorientierten Psychotherapie im Einzelsetting (Muschalla, Bengel, Morfeld & Worringen, 2018) bereichern. Was bei MBOR noch intensive Kooperation war, wird bei INN^{3plus} Integration: Unterschiedliche Leistungen werden nicht nur koordiniert, sondern gleichzeitig und an einem Ort erbracht.

Erste Erfahrungen mit der Kombination von beruflichen und medizinischen Leistungen wurden am Standort Bad Pyrmont mit insgesamt 100 Versicherten gesammelt (Projekt INN^{3}). Allerdings konnte bis dato die teilhabeorientierte, intensivierte Psychotherapie nicht hinzugenommen werden, obwohl dies dem Bedarf der Teilnehmende entsprach und sich im Verlauf der Vorarbeiten zeigte, wie wichtig eine flankierende einzelpsychotherapeutische Begleitung für die Teilnehmende zur stabilen (Wieder-) Eingliederung und dauerhaftem Verbleib auf dem Arbeitsmarkt ist. Es konnte zudem keine systematische Evaluation der Maßnahmenkombination realisiert werden, so dass die Erfahrungen aus INN^{3} nicht in die Regelversorgung überführt werden konnten. Beides soll nun im Rahmen von INN^{3plus} nachgeholt werden.

1.2 Zielgruppe

Angesprochen waren

- Rehabilitanden mit deutlichen Motivationsdefiziten und / oder kontextuell bedingten Problemen
- Psychisch beeinträchtigte Personen, die so umfänglich auf medizinische und psychosoziale Unterstützung angewiesen waren, dass sie nicht wohnortnah rehabilitiert werden konnten, aber in den stationären, eher auf Bildung ausgerichteten Standardprogrammen der beruflichen Rehabilitation, scheiterten.

Die Zielgruppe rekrutierte sich aus Versicherten der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die die Voraussetzungen für die Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllten, aber nicht von einer klassischen beruflichen Rehabilitationsleistung profitierten: sei es aufgrund ihrer eingeschränkten psychischen und somatischen Funktionsfähigkeit in Verbindung mit konflikthaften bzw. belastenden Kontextfaktoren oder / und auch in Verbindung mit enttäuschenden/ konflikthaften sozialen oder arbeitsbezogenen Erfahrungen.

Mindestens zwei oder mehr Indikationskriterien führten zum Einschluss für die Teilnahme an INN^{3plus}:

- Versicherungsrechtliche und medizinische Voraussetzungen für die Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) waren erfüllt
- Psychische Erkrankung (ICD-10, F32 - F60)
- Heterogenes Leistungsvermögen (mangelnder Antrieb, mangelnde Ich-Stärke, Erschöpfung)
- berufliche oder soziale Kränkungserlebnisse in der Vorgeschichte
- Arbeitsplatzkonflikte oder häufige Arbeitsplatzwechsel in der Vorgeschichte
- auffälliges Sozialverhalten
- problematische Kontextfaktoren
- Mangel an persönlichen Ressourcen
- mangelnde Motivation (geringe Mobilitätsbereitschaft, latentes oder offenes Rentenbegehren, Negativerlebnisse im Berufsleben)

Mindestens eins der folgenden Kriterien führte zum Ausschluss:

- Akute Suchterkrankung und Psychosen
- mangelnde Reha-Fähigkeit
- erkennbare Versorgungsfixierung
- fehlende deutsche Sprachkenntnisse
- Leistungsvermögen unter 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- fehlende Bereitschaft zur Unterbringung im Berufsförderungswerk

1.3 Inhalte

Die innovative Bedeutung des Projekts INN^{3plus} definierte sich durch die folgenden Merkmale:

1. Es wurde ein Rehabilitationsplan zur Beseitigung von Integrationshemmnissen erarbeitet, der sich am individuellen Bedarf der Rehabilitanden orientierte und Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bedarfsgerecht kombinierte.
2. Kontinuierliche alltags- und arbeitsplatzbegleitende Sozialarbeit fand statt.
3. Ein flexibler Wechsel zwischen stationärem Aufenthalt und wohnortnaher Unterstützung wurde bedarfsgerecht ermöglicht.
4. Teilhabeorientierte und intensivierte Psychotherapie ermöglichte die Bearbeitung der mit der chronifizierten Erkrankung verbundenen kognitiven und emotionalen Einschränkungen. Dabei richtete sie sich an den Anforderungen des Arbeitslebens aus.

Durch die Synchronisation medizinischer, psychotherapeutischer und beruflicher Rehabilitationsansätze -an einem Ort zur gleichen Zeit - konnten Synergieeffekte aufgebaut werden. Diese sollten für die nachhaltige Wirkung der Gesamtmaßnahme im Sinne einer stabileren und nachhaltigeren Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt genutzt werden.

Ablauf

Alle Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt haben, wurden von den Rehafachberatenden der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig – Hannover zu einem orientierenden Gespräch eingeladen. Alle Rehafachberatenden waren über die Indikationskriterien für INN^{3plus} geschult und konnten diese eigenständig anwenden. Die Versicherten, welche das Assessment oder die Hauptmaßnahme von INN^{3plus} nicht erfolgreich abschlossen, erhielten im Rahmen der erteilten Bewilligung eine andere LTA-Maßnahme und wurden von den Rehafachberatenden unterstützt.

1. Aufnahme über das Assessment

In der Assessmentphase wurde die Indikation für die nachfolgende Hauptmaßnahme auf der Grundlage einer ausführlichen Anamnese und therapiekonzeptspezifischen Diagnostik überprüft. Untersucht wurden dabei gesundheitliche und persönlichkeitsstrukturelle Teilhabeeinschränkungen und Ressourcen, hemmende und unterstützende Kontextfaktoren, Leistungs- und Belastungsfähigkeit, Motivation. Die Ergebnisse dieser Diagnostik mündeten in eine Integrationshypothese. Sie bildete die Basis für gezielte Interventionen im Rahmen der Hauptmaßnahme. Die Integrationshypothese selbst basierte wiederum auf dem PSI-Modell (-> siehe Infobox 2), welches gleichzeitig handlungsleitend für die teilhabeorientierte Psychotherapie war. Das PSI-Modell wurde den Teilnehmenden bereits im Assessment vermittelt. So wurde von Beginn an eine einheitliche Kommunikationsbasis zwischen Team und Teilnehmende gewährleistet.

2. Hauptmaßnahme

In Anlehnung an die im Rahmen des Assessments erarbeiteten therapeutisch-rehabilitativen Ziele wurden die Schwerpunkte der weiterführenden Maßnahme festgelegt – je nach Bedarf eher im beruflichen oder psychosozialen Bereich.

Folgende Leistungen standen dabei zur Auswahl:

Berufsförderungswerk Bad Pyrmont:

- Integrationswerkstatt
- Individuelle Unterstützung durch JobCoaches im Bewerbungsprozess
- Individuelle Unterstützung durch Arbeitsmarktexpertin
- interne und externe Belastungserprobungen
- Arbeitserprobungen, Integrationspraktikum
- Reha- und Integrationsmanagement
- Teilhabeorientierte Kurzzeitpsychotherapie im Einzelsetting
- Aktivierung durch regelmäßigen Sport

- EDV-Training

Rehaklinik Friedrichshöhe:

- Psychotherapeutische Gruppenangebote
- Bewegungstherapie
- Teilhabeorientierte Kurzzeitpsychotherapie im Einzelsetting
- Medizinisches Konsil

Das Reha- und Integrationsmanagement

Das Reha- und Integrationsmanagement spannte sich über das gesamte Projekt und hatte zur Aufgabe, die gewählten Maßnahmen für die einzelnen Teilnehmende zusammenzustellen, sowie regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf zu justieren. Die Rehabilitanden wurden so engmaschig betreut, um ein „Falling in between cracks" (also ein Verloren gehen zwischen Einzelmaßnahmen; Waddel, 2008) zu vermeiden. Konkret übernahmen die Verantwortlichen des Reha- und Integrationsmanagements zum Beispiel die Vermittlung in betriebliche Erprobungen und auch in Arbeit, halfen bei der Erstellung der Bewerbungsunterlagen, und begleiteten die Praktika. Außerdem boten sie Einzelcoaching im Bewerbungsprozess sowie psychosoziale Begleitung und Beratung.

Sozialberatung

Die Sozialberatung bildete einen wichtigen Baustein im Abbau von hemmenden Kontextfaktoren. Die INN^{3plus} - Teilnehmende kamen oft aus durch verschiedene Problemlagen belasteten Lebensverhältnissen. Diese wirkten sich entsprechend hinderlich auf die Motivation aus, wieder in die Erwerbstätigkeit einzusteigen. Hier griff die Sozialberatung ein und unterstützte bei unterschiedlichen privaten Anliegen, beispielsweise durch Hilfe bei der Erstellung von Anträgen, bei der Wohnungssuche und durch umfassende Beratung bzw. Vermittlung an passende Unterstützungsangebote: Ob es um Schulden ging oder Mobilität, Kindererziehung oder pflegebedürftige Angehörige.

Die Teilhabeorientierte Psychotherapie

Es wird vorausgesetzt, dass vor allem Menschen mit chronifizierten Krankheitsfolgestörungen im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung rehabilitiert werden. Das Konzept der teilhabeorientierten Psychotherapie stellt deshalb nicht die Behandlung der primären Erkrankung in den Vordergrund, sondern die intensive Bearbeitung ihrer Folgen für eine stabile Erwerbstätigkeit. Bearbeitet wurden konkret also innerpsychische Hindernisse (z.B. in Form von Persönlichkeitsanteilen, Ambivalenzen oder Zielkonflikten) die die berufliche Wiedereingliederung oder deren Verstetigung gefährdeten. Da ging es beispielsweise um arbeitsplatzbezogene Ängste oder auch Anpassungsstörungen. Um dem entgegen zu wirken, wurden zum Beispiel soziale Fertigkeiten oder Problem- und Konfliktlösefähigkeiten trainiert. Das erleichterte eine Änderung des Lebensstils und insbesondere die soziale Teilhabe.

Die Behandlung wurde konsequent auf der Grundlage des ICF (**I**nternational **C**lassification of **F**unctioning, Disability and Health) geplant und durchgeführt (-> siehe Infobox 1).

Infobox 1: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Das ICF ist ein internationales Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das die Funktionsfähigkeit und Behinderung von Menschen beschreibt. Es geht dabei nicht nur um die Diagnose von Krankheiten, sondern auch darum, wie diese die alltäglichen Aktivitäten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinflussen. Das ICF berücksichtigt sowohl die körperlichen als auch die sozialen und umweltbedingten Aspekte der Gesundheit und dient als Instrument für die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit.

Leitmethode für die Interventionsplanung und -steuerung war, wie oben bereits erwähnt, die Motivationstheorie (auch: PSI-Theorie bzw. Systemtheorie der Persönlichkeit; -> siehe Infobox 2 und Abbildung unter *weiterführende Informationen*) nach Kuhl (2001).

Die Kurzzeittherapie beinhaltete 25 Sitzungen und im Rahmen dieses Kontingents bis zu zwei Termine pro Woche. Auch während der Praktikumszeiten war ein regelhafter Kontakt zu den Psychotherapeutinnen durch telefonische Sitzungen, Sitzungen über Videocall oder in Präsenz im Rahmen von Rückholtagen gesichert. So erhielten die Teilnehmenden auch in Phasen außerhalb der regulären Therapieeinheiten Unterstützung und Begleitung. Ergänzend waren bei Bedarf manualisierte psychotherapeutische Gruppen geplant, z.B. zu den Themen Depression, Angst, Schmerz, Entspannung, Stressbewältigung, Arbeitsplatzkonflikte, Überwindung von Kränkungserlebnissen und Trauerverarbeitung. Aufgrund der geringen Teilnehmendenzahl war die Bildung dieser Gruppenangebote jedoch nicht umzusetzen. Die Teilnehmenden wurden stattdessen in die laufenden Angebote des Rehazentrums mit eingebunden.

Die sonst übliche klare Trennung zwischen stationärem und ambulantem Setting wurde aufgehoben. Diese Flexibilisierung ermöglichte z.B. die Klärung alltagspraktischer Probleme oder die Begleitung betrieblicher Erprobungen.

Notwendige Rahmenbedingungen

Zentral für die Kooperation und die damit einhergehende gleichberechtigte Erbringung der erforderlichen medizinischen und beruflichen Leistungen war das Schaffen neuer Kommunikationswege zwischen dem Berufsförderungswerk Bad Pyrmont, der Rehaklinik Friedrichshöhe Bad Pyrmont und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig–Hannover.

So wurden beispielsweise die im Berufsförderungswerk arbeitenden Psychotherapeutinnen bemächtigt, aus den spezifischen Angeboten des Rehazentrums gezielt auszuwählen und diese den Teilnehmenden direkt zu verordnen. Die Abstimmung untereinander musste trotz unterschiedlicher institutioneller Rahmenbedingungen und Arbeitsweisen erfolgen.

Um das Verständnis für die stark unterschiedlichen Prozesse und Arbeitsabläufe in den einzelnen Organisationen zu erhöhen, wurden gegenseitige Hospitationen und Informationsrunden umgesetzt.

Viele der oben genannten Inhalte, wie z.B. Belastungserprobungen, Arbeitstrainings und Integrationspraktika konnten nur durch Kooperation mit externen Unternehmen angeboten werden. Die Zusammenarbeit mit externen Institutionen war auch für die Verweisung der Teilnehmenden an Selbsthilfegruppen, Schuldnerberatungen oder Beratungseinrichtungen unerlässlich. Aber auch intern wurden neue Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit erprobt: So wurde in der Klinik Friedrichshöhe eine Therapeutengruppe, bestehend aus einem Arzt, zwei Psychologen, einem Sozialpädagogen, einem Sporttherapeuten und einem Physiotherapeuten, gebildet, die ausschließlich die Behandlungen und Betreuungen der Projektteilnehmenden übernahmen.

Die Kosten für die Leistungspakete der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wurden von der Rentenversicherung getragen. Für das zusätzliche psychotherapeutische Angebot, welches so im Regelbetrieb des Berufsförderungswerks nicht enthalten ist, wurden 2 Stellen für approbierte psychologische PsychotherapeutInnen am Berufsförderungswerk Bad Pyrmont beantragt. Des Weiteren wurde die Stelle einer Projektkoordination am Berufsförderungswerk Bad Pyrmont im Umfang von 0,5 VZÄ beantragt, welche die Organisation und Kommunikation des zusätzlichen psychotherapeutischen Angebots begleitete.



Außenbereich der Maßnahme: Der Außenbereich wird von den Teilnehmende gestaltet und gepflegt. In verschiedenen Projekten haben die Teilnehmende unter anderem die Boulebahn, die Hochbeete und die Vogelhäuser selbst angefertigt.

Infobox 2: Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI) Theorie nach Kuhl

Gemäß der **PSI-Theorie** von Julius Kuhl gibt es vier intrapsychische Systeme, die miteinander interagieren und dabei Motivation, Verhalten und persönliche Entwicklung steuern.

1. **Intentionsgedächtnis**: Das Intentionsgedächtnis speichert die **Absichten** oder **Ziele**, die wir uns setzen. Es sorgt dafür, dass wir uns an die Dinge erinnern, die wir tun wollen, wenn wir sie nicht sofort erledigen können. Der Aufschub erfordert also auch ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz und ermöglicht uns, im Moment gefasste Absichten zu einem späteren, ggf. passenderen, Zeitpunkt zu erledigen.
2. **Intuitive Verhaltenssteuerung**: Die intuitive Verhaltenssteuerung sorgt dafür, dass wir oft automatisch und ohne viel nachzudenken handeln können, besonders bei bekannten, routinemäßigen Aufgaben. Es greift auf bereits gespeicherte Handlungsmuster aus dem Extensionsgedächtnis zurück.
3. **Objekterkennungssystem**: Das Objekterkennungssystem hilft uns, relevante, insbesondere negative Informationen, wie eigene Fehler und leidvolle Erfahrungen, zu erkennen, sodass wir daraus lernen können.
4. **Extensionsgedächtnis**: Das Extensionsgedächtnis speichert die Gesamtheit unserer Erfahrungen und Handlungsergebnisse. Es bildet quasi unser „Selbst“ und hilft bei der Entscheidungsfindung.

Wie sie miteinander interagieren:

- Das **Intentionsgedächtnis** und die **intuitive Verhaltenssteuerung** wirken zunächst hemmend aufeinander: Wenn eine Handlung intuitiv ausgeführt wird, braucht sie nicht im Intentionsgedächtnis gespeichert zu werden. Wenn sie allerdings im Intentionsgedächtnis gespeichert wird, dann, weil sie momentan nicht ausgeführt werden kann. Damit aus einer Intention eine Handlung wird, braucht es einen positiven Affekt (Selbstmotivation oder Ermutigung), der die Brücke zwischen beiden Systemen schlägt.
- Auch **Objekterkennungssystem** und **Extensionsgedächtnis** wirken zunächst antagonistisch: Während das Objekterkennungssystem negative Informationen fokussiert, ist das Extensionsgedächtnis für das große Ganze, für den Überblick zuständig. Um Fehler oder schmerzhafte Einzelerfahrungen in das Extensionsgedächtnis zu integrieren, braucht es Beruhigung des negativen Affekts (Trost), entweder von außen oder durch Selbstberuhigung. Das ermöglicht die persönliche Weiterentwicklung bzw. Veränderung des Selbst.

Zusammen helfen diese Systeme dabei, dass wir unsere Ziele effektiv verfolgen, indem sie uns sowohl **automatisch** (intuitive Steuerung und Selbst/Extensionsgedächtnis) als auch **bewusst** (durch Erinnerung an Ziele und Erfahrungen) leiten.

1.4 Ziel, ursprünglich geplante Evaluationsmethoden & Umsetzungsschwierigkeiten

Ziel des Projektes war es, psychisch erkrankte Versicherte mit umfassenden besonderen Problemlagen und hemmenden Kontextfaktoren, die mit den derzeit vorgehaltenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Angeboten der medizinischen Rehabilitation nicht bedarfsgerecht versorgt werden können, bei der arbeitsfördernden Gestaltung individueller Lebensumstände zu unterstützen bzw. für die Reintegration in den Arbeitsmarkt vorzubereiten und zu trainieren.

Das Projekt sollte über die Beantwortung folgender Fragestellungen evaluiert werden:

1. Ist das der Hauptmaßnahme vorhergehende Assessment zur Einschätzung der Reha-Prognose besser geeignet als eine Empfehlung der Reha-Fachberater, die auf einem orientierenden Kurzgespräch mit den Rehabilitanden basiert?
2. Ist die Reintegrationsquote zum Ende der Hauptmaßnahme signifikant höher als die Reintegrationsquote nach herkömmlichen LTA-Maßnahmen?
3. Welche unterschiedlichen Erfahrungen machen erfolgreiche vs. nicht-erfolgreiche Rehabilitanden und welche Implikationen lassen sich dadurch für die Assessmentphase ableiten?
4. Wie schätzt das Fachpersonal aus den beteiligten Einrichtungen die Qualität der Maßnahme ein?

Geplante Evaluationsmethoden

Quantitativ

Für die quantitativ zu beantwortenden Fragestellungen 1 und 2 war ein quasi-experimentelles, zweiarmiges Untersuchungsdesign erforderlich. Der erste Arm bestand dabei aus der Maßnahme INN^{3plus} (Behandlungsgruppe), der zweite Arm aus einer konventionellen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Zuordnung in die Behandlungs- und Vergleichsgruppe erfolgte über den Reha-Fachberatungsdienst. Da für die Teilnahme an der Maßnahme INN^{3plus} eine mehrmonatige Abwesenheit vom Wohnort vorausgesetzt werden musste, konnte keine randomisierte Zuordnung zu den zwei Maßnahmearmen erfolgen. Versicherte, die zwar die Voraussetzungen für INN^{3plus} erfüllten, aber aus persönlichen oder familiären Gründen nicht an der Maßnahme teilnehmen konnten, wurden der Vergleichsgruppe zugeordnet.

Um Fragestellung 1 zu beantworten, sollte das Ergebnis der Assessmentphase mit der herkömmlichen Empfehlungspraxis des Reha-Fachberatungsdienstes verglichen werden. Für den Vergleich sollte der positiv-prädiktive Wert aus dem Quotienten der erfolgreichen Teilnehmende zu der Summe aus den richtig erfolgreich eingeschätzten und falsch erfolgreich eingeschätzten Teilnehmende gebildet werden. Der positiv-prädiktive Wert sollte mit den Beratungsergebnissen der Rehafachberatenden verglichen werden. Das sollte sowohl für die Behandlungs- als auch für die Vergleichsgruppe passieren.

Um Fragestellung 2 zu beantworten, wurde das Ereignis „Reintegration am Ende der Hauptmaßnahme“ als Hauptzielgröße in Form einer nominal skalierten (gelungen vs. nicht gelungen) abhängigen Variable festgelegt. Ergänzend zur zufallskritischen Absicherung wurde eine Überlegenheit von 20 % gegenüber der Vergleichsgruppe als Erfolgskriterium festgelegt, d.h. dass im Vergleich zu klassischen LTA-Maßnahmen mindestens 20 % mehr Rehabilitanden reintegriert werden sollten.

Fallzahl quantitative Erhebung

Um bei Durchführung eines Chi-Quadrat-Tests eine 20-prozentige Erhöhung der Reintegrationsquote in der Interventionsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe abzusichern (Vergleichsgruppe: 10 %; Behandlungsgruppe: 30 %; Teststärke: 80 %; Irrtumswahrscheinlichkeit: 5 %) war eine Analysestichprobe von jeweils 62 Personen für beide Gruppen notwendig.

Um dem Datenverlust (bspw. durch vorzeitige Beendigung, unvollständige Datensätze, mangelnde Erreichbarkeit) von 30 % zu begegnen, wurden pro Gruppe 93, insgesamt also 186 Teilnehmende, angestrebt. Geplant war, über einen Zeitraum von 3,5 Jahren 546 Personen in das Assessment

aufzunehmen. 240 Teilnehmende sollten dieses dann erfolgreich abschließen und an der Hauptmaßnahme teilnehmen.

Die Akquise der Teilnehmenden stellte sich im Projektverlauf jedoch herausfordernder dar, als ursprünglich vermutet. Grund dafür waren unter anderem rückläufige Antragszahlen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Deutschen Rentenversicherung seit März 2020, die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu interpretieren sind. Auch im Jahr 2021 waren die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Antragszahlen, Bewilligungszahlen und die durchgeführten Maßnahmen noch deutlich erkennbar (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 2021).

Hinzu kamen Herausforderungen bei der Rekrutierung geeigneter Fachkräfte, insbesondere im Bereich der Psychotherapie. Zunächst bewarben sich nur sehr wenige KandidatInnen, die überwiegend nicht ausreichend qualifiziert waren. Trotz vielfältiger Rekrutierungsversuche (online und in Print, Befragung lokal niedergelassener PsychotherapeutInnen, Sichtung vergangener Stellenausschreibungen, Beauftragung eines Rekrutierungsdienstleisters) und angebotener Zugeständnisse für geeignete KandidatInnen konnte die Einstellung der ersten Psychotherapeutin erst im Januar 2021 erfolgen, statt - wie ursprünglich geplant - im Jahr 2019. Dadurch verzögerte sich der effektive Interventionsbeginn auf den 01.09.2021, nachdem im Januar 2021 die Einarbeitung des Personals und anschließend die Ansprache geeigneter Fälle beginnen konnte. Da das Projekt laut Zuwendungsbescheid am 01.12.2019 hätte beginnen sollen, dauerte es nun faktisch noch 3,5 Jahre bzw. 39 Monate statt der projektierten 5 Jahre bzw. 60 Monate. Entsprechend verkürzt war die Rekrutierungszeit für Teilnehmende:

Von den anvisierten 546 Personen traten 195 das Assessment an. Von diesen bekamen wiederum nur 97 Personen die Hauptmaßnahme empfohlen. Von diesen beendeten zwar 69 Personen die Hauptmaßnahme, allerdings waren nur 9 Personen in der Vergleichsgruppe. Ein inferenzstatistisch valider Gruppenvergleich, wie ursprünglich geplant, ist auf Basis der vorhandenen Daten also nicht möglich.

Qualitativ

Für die Beantwortung der Fragestellungen 3 und 4 war ein qualitativer Untersuchungsansatz geplant. Dieser hätte einem rekonstruktiven Design einschließlich komparativer Analyse folgen sollen. Auf Basis eines theoretical samplings hätten jeweils 25 erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Rehabilitanden beider Untersuchungsarme befragt und ihre unterschiedlichen Erfahrungen miteinander verglichen werden sollen. Im Rahmen dieser insgesamt 50 leitfadengestützten narrativen Interviews wären die Erfahrungen und Bewertungen der Maßnahmen, aber auch die Reintegration und mögliche Erwerbstätigkeit der (Nicht-)erfolgreichen Teilnehmende thematisiert worden.

Im Rahmen der sich anschließenden Analyse hätte die subjektive Bewertung der Maßnahmen herausgearbeitet werden und mit den differentiellen Persönlichkeits- und Umweltfaktoren der Rehabilitanden in Verbindung gebracht werden sollen.

In Fokusgruppen hätte das Fachpersonal (Ärzte, PsychologInnen, (Sozial-)PädagogInnen, Physio- und Sporttherapeuten, SachbearbeiterInnen, JuristInnen) aus den beteiligten Einrichtungen (Rentenversicherung, Berufsförderungswerk, Rehabilitationsklinik) zu ihrer Einschätzung der Maßnahmenqualität (Durchführung, Aufwand, Effektivität, Effizienz) und den Rahmenbedingungen (Organisation, Indikation) befragt werden sollen.

Da die Umsetzung der Intervention 2021 begann, hätten die Interviews und Fokusgruppen realistischerweise in den Jahren 2022 und 2023 durchgeführt werden können. Die Anstellung der zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiterin bestand allerdings nur bis einschließlich April 2023. Mehrere Bewerbungsverfahren blieben in 2023 erfolglose und die Stelle konnte erst zu Januar 2024 neu, in Teilzeit besetzt werden. Interviews und Fokusgruppen wären in der verbliebenen Zeit mit dem gegebenen Beschäftigungsumfang daher nicht in einer den wissenschaftlichen Standards genügenden Gründlichkeit realisierbar gewesen.

Insofern konnten die Fragestellungen nicht wie geplant untersucht werden.

1.5 Anpassung der Evaluationsziele und - Methoden auf Basis der vorhandenen Daten

Trotz der oben genannten Herausforderungen wurde das INN^{3plus} - Projekt erfolgreich durchgeführt. Die Gruppe der Teilnehmenden, wenn auch zahlenmäßig verkleinert, durchlief das Assessment und nahm bei positiver Eignung und vorhandenem Interesse auch an der Hauptmaßnahme teil.

Im Rahmen der Untersuchung wurden umfassende Daten zu den Teilnehmenden erhoben: Dazu zählen zum Beispiel Belastungen durch Kontextfaktoren (Bülau et al., 2016), die zu Beginn der Teilnahme im Berufsförderungswerk oder nach dem Beratungsgespräch durch den Fachberatenden einmalig auf einer vierstufigen Skala (0 = *nicht gegeben*, 4 = *gegeben und stark beeinträchtigend*) fremderhoben wurden. Außerdem wurden im Rahmen eines kombinierten Fragebogens (im Folgenden: Fragebogenpaket) neben soziodemografischen Variablen eine Vielzahl weiterer Daten erfasst, darunter Krankheitsbelastungen, Depressivität (PHQ-9), Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (ERA) und persönlichkeitsbezogene Fragen: Persönlichkeitsstruktur (PSSI-K), Stressinduzierte emotionale und kognitive Stile (SEKS), Selbststeuerungskompetenzen (SSI-K3) und Handlungskompetenz unter Stress (HAKEMP-24). Letztere wurden über die Firma IMPART erhoben. Das Fragebogenpaket wurde von den Teilnehmenden sowohl während des Assessments als auch zum Abschluss der Hauptmaßnahme online ausgefüllt. Für die Berechnung der Reintegrationsquote wurden die Beitragszeiten aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung herangezogen, die dem Versicherungskonto der Teilnehmenden entnommen wurden, sofern eine informierte Einwilligung vorlag. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** gibt einen Überblick über die erhobenen Daten und die jeweiligen Messzeitpunkte. Unter Bestandteile des Fragebogenpakets sind die einzelnen Fragebögen erläutert.

Tabelle 1: Messzeitpunkte und Instrumente

	T0 Beginn der Maßnahme	T1 Ende der Maßnahme	T2 Jahreskatamnese nach Ende der Maßnahme
Soziodemographische Variablen	X	X	
Krankheitsbelastungen	X	X	
PHQ-9	X	X	
ERA	X	X	
PSSI-K	X	X	
SEKS	X	X	
SSI-K3	X	X	
HAKEMP-24	X	X	
Fragebogen zu Kontextfaktoren	X		
Beitragszeiten aus sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit	X		X

Bestandteile des Fragebogenpakets

- **Soziodemographische Variablen**: Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungs- und Ausbildungshintergrund, Migrationsstatus
- **Krankheitsbelastungen:** aktueller Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100, wobei 0 der schlechteste und 100 der beste Gesundheitszustand wäre; Einschätzung im Hinblick auf die eigene Erwerbstätigkeit: durch Gesundheitszustand dauerhaft gefährdet und aktuell Gedanke, Rentenantrag zu stellen?, jeweils ja/nein; derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten sowie der Grad der Beeinträchtigung bei der Arbeit, jeweils auf einer Skala von 0 (rsp. *keine Beeinträchtigung bzw. arbeitsunfähig*) bis 10 (rsp. *völlig beeinträchtigt bzw. beste Arbeitsfähigkeit*).
- **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001)/ Gesundheitsfragebogen für Patienten (übers., Gräfe et al., 2004) erfasst über neun Items die erlebte Beeinträchtigung der Befragten durch verschiedene depressionsspezifische Symptome wie bspw. Schlaflosigkeit & Energiemangel. Die Skala erfragt die Auftretenshäufigkeit der einzelnen Symptome in den letzten 2 Wochen von 0 = *überhaupt nicht* bis 3 = *beinahe täglich*. Ihr Summenscore liegt zwischen 0 und 27, wobei höhere Werte höhere Depressivität indizieren.
- **ERA** (Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz; Hansmann, Beller, Maurer & Kröger, 2022) erfragt über elf Aussagen die Erwartungen der Teilnehmende im Hinblick auf eine Rückkehr an den Arbeitsplatz unter der Annahme, dass diese am Folgetag wieder vollständig an den Arbeitsplatz zurückkehren würden. Hierbei bezieht sich der Fragebogen bspw. auf die Erwartung, inwiefern es dem Befragten seiner Einschätzung nach gelingen würde, mit Rückschlägen am Arbeitsplatz umgehen zu können. Die Antworten werden auf einer Skala von 1= *widerspreche völlig* bis 6= *stimme voll zu* gegeben. Der Gesamtscore wird über den Mittelwert der Einzelantworten berechnet, höhere Werte indizieren höhere arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen.
- **PSSI-K**: Der PSSI in seiner Kurzform (PSSI-K) ist aus der langen Version des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (Kuhl & Kazén, 2009) entstanden. Über den PSSI-K werden folgende Persönlichkeitsdimensionen erfasst: eigenwillig - paranoid, zurückhaltend-schizoid, ahnungsvoll-schizotypisch, spontan-borderline, liebenswürdig - histrionisch, ehrgeizig - narzisstisch, selbstkritisch - selbstunsicher, loyal - abhängig, sorgfältig - zwanghaft, kritisch - negativistisch, still - depressiv, hilfsbereit – selbstlos, optimistisch-rhapsodisch, selbstbestimmt-antisozial.
- **SEKS** (Stressinduzierte emotionale und kognitive Stile, IMPART, 2025) beschreibt über 44 Items die persönlichen Stile des PSSI unter Stress und Belastung. Die Persönlichkeitsdimensionen werden analog zum PSSI-K erfasst und in der Ergebnisdarstellung gegenübergestellt.
- **SSI-K3** (Selbststeuerungs-Inventar-Kurzform; Kuhl & Fuhrmann, 1998) erfasst über 52 Items Selbstmanagement-Kompetenzen der Teilnehmende (z.B. Selbstbestimmung, Planungsfähigkeit und Initiative).
- **HAKEMP-24** (Kuhl, 1994): Dieser Fragebogen erfasst „[…] individuelle Unterschiede in der Art und Weise, wie Personen trotz Stress handlungsfähig bleiben oder nicht. Das Gegenteil von Handlungsorientierung ist die Lageorientierung. In diesem Zustand neigen Personen dazu, sich ausdauernd mit ihrer Lage zu beschäftigen, z.B. durch Grübeln, Zögern oder Zaudern. Der HAKEMP erfasst zwei Arten von Handlungs- bzw. Lageorientierung: Erstens wird die prospektive Handlungs-/ Lageorientierung bei der Umsetzung von schwierigen Absichten unter Stress erfasst. Zweitens wird die Handlungs-/ Lageorientierung nach Misserfolg abgebildet.“ (IMPART, 2025a)

Die Rohwerte von PSSI-K, SEKS, SSI-K3 und HAKEMP-24 können alle in T-Werte transformiert werden, die einheitlich interpretiert werden können: T-Werte unter 40 gelten als unterdurchschnittlich, zwischen 40 und 60 gelten als durchschnittlich und über 60 gelten als überdurchschnittlich.

Auf Basis dieser Daten können folgende Fragestellungen beantwortet werden, um das Projekt zu evaluieren:

1. Wie war der Durchlauf der Teilnehmenden durch die Maßnahme? Wie viele sind vom Assessment in die Hauptmaßnahme gelangt, wie viele schlossen diese ab und wurden schlussendlich integriert?
2. Warum gelangen so viele Teilnehmende nicht über das Assessment hinaus?

3. Wie unterscheiden sich die Personen, die nur im Assessment waren, von den Personen, die in die Maßnahme fanden, in Bezug auf

    a. Behindernde Kontextfaktoren?
    b. Soziodemografische Merkmale?
    c. persönliche Eigenschaften?
    d. Depressivität?
    e. Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz?
    f. Krankheitsbelastung?

4. Welche Veränderungen in persönlichen Eigenschaften, Depressivität, Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und Krankheitsbelastung lassen sich durch die Maßnahme feststellen?

Wissenschaftliche Methoden zur Beantwortung der Fragestellungen

Die Daten wurden aus unterschiedlichen Exceltabellen (eine für die hinderlichen Kontextfaktoren, eine für die soziodemografischen Daten und eine für die Fragebogendaten) in SPSS (Version 29) exportiert und über die Sozialversicherungsnummer in eine einheitliche Tabelle zusammengeführt. Die Daten wurden anschließend für die Auswertung aufbereitet (z.B. Löschung von Testfällen und händisches Mergen von gleichen Fällen, die von SPSS beim Zusammenführen der Tabellen nicht als gleiche Fälle erkannt wurden).

zu Fragestellung 1)

Die unterschiedlichen Etappen des Prozesses (Assessment 1 und 2, Hauptmaßnahme empfohlen, Hauptmaßnahme, Abbruch in der Hauptmaßnahme, Hauptmaßnahme beendet, Integration) waren in den Daten dichotom kodiert (0 = *trifft nicht zu*, 1 = *trifft zu*). Entsprechend sah die wissenschaftliche Begleitung sich deskriptiv die Häufigkeiten an, in der die Etappen (nicht) zutrafen. Anhand dessen konnte ein Flowchart gebildet werden, der den Durchlauf der Teilnehmende durch die Maßnahme übersichtlich abbildet.

zu Fragestellung 2)

Es wurden die Diagnostiken bzw. Fragebögen ausgewertet und ins Verhältnis gesetzt.

Zu Fragestellung 3)

a., c., d., e. & f. *behindernde Kontextfaktoren, Persönlichkeitseigenschaften, Depressivität, Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und Krankheitsbelastung (Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitseinschätzung)*:

Um bedeutsame Gruppenunterschiede (HM-Teilnehmende vs. Nicht-Teilnehmende) in Bezug auf die Mittelwertausprägungen in den fünf Kategorien feststellen zu können, wurden T-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Die Voraussetzungen für diesen statistischen Test sind in den Daten gegeben: Die abhängigen Variablen (a.,c.,d.,e., & f.) sind jeweils intervallskaliert. Es liegt eine unabhängige, dichotome Variable (Hauptmaßnahme) vor, anhand derer zwei Gruppen (HM-Teilnehmende vs. Nicht-Teilnehmende) gebildet werden können. Die einzelnen Messwerte sind voneinander unabhängig, das heißt, die Messwerte der nicht-Teilnehmenden haben keinen Einfluss auf die Messwerte der Teilnehmenden. Die Homogenität der Varianzen wurde im Einzelnen mittels Levene-Test überprüft und bei nicht gegebener Varianzhomogenität der entsprechend angepasste Welch-Test-Wert berichtet. Bei dichotomen Variablen (subjektiv dauerhafte Gefährdung der allgemeinen Erwerbstätigkeit durch den derzeitigen Gesundheitszustand und Rentenantragsstellung) wurden Chi-Quadrat Tests gerechnet. Die Voraussetzungen dafür (unabhängige Gruppen, zwei kategoriale Variablen und Zellenhäufigkeiten > 5 in der Kreuztabelle) waren ebenfalls gegeben. Um den Unterschied zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bei behindernden Kontextfaktoren zu berechnen, wurde ein T-Test für abhängige Stichproben berechnet, siehe dazu auch Fragestellung 4.

b. *soziodemografische Merkmale:* Die Gruppen wurden anhand des Merkmals Teilnahme (Hauptmaßnahme = 1) vs. Nicht-Teilnahme (Hauptmaßnahme = 0) in zwei Gruppen unterteilt und rein deskriptiv separat in Bezug auf die Ausprägung der sozidemografischen Merkmale betrachtet und gegenübergestellt. Um zu überprüfen, ob die Teilnahme an der HM wahrscheinlicher für ein bestimmtes Geschlecht ist, wurde ein Chi-Quadrat Test gerechnet. Die Voraussetzungen dafür (siehe oben) waren für diese Variable ebenfalls erfüllt.

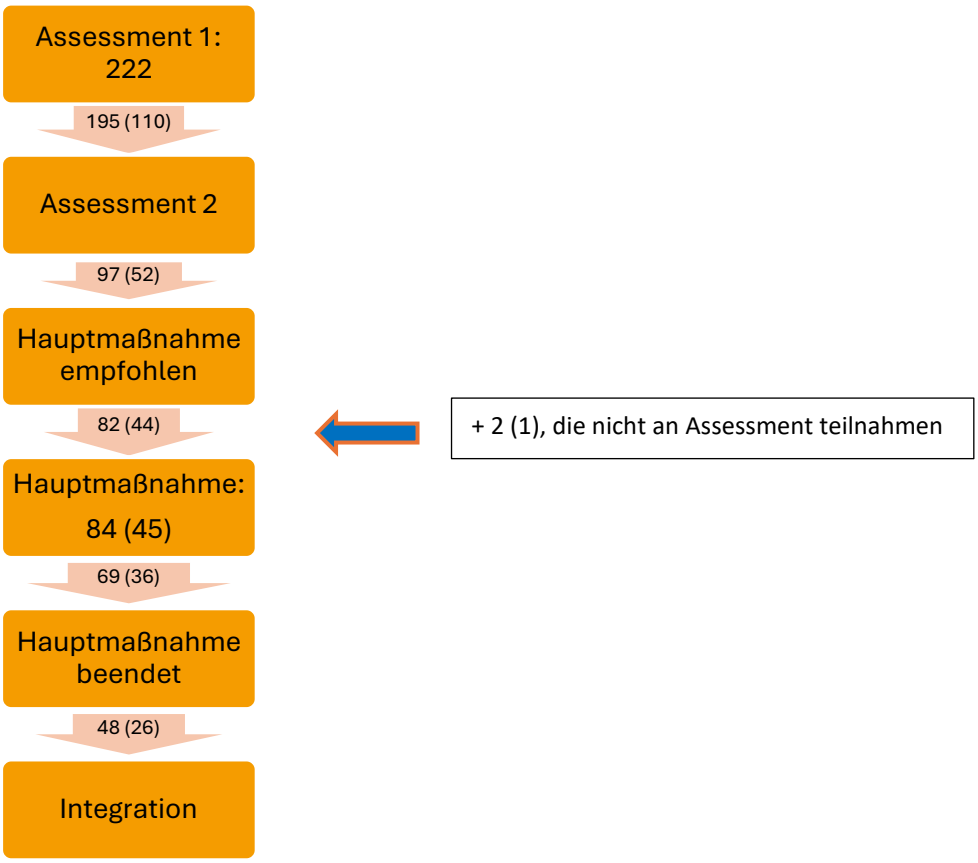
Zu Fragestellung 4)

Um Veränderungen in den Fragebogenwerten zwischen den Messzeitpunkten T0 (vor Maßnahmenbeginn) und T1 (nach Maßnahmenende) feststellen zu können, wurden T-Tests für abhängige Stichproben berechnet. Die Voraussetzungen für diesen statistischen Test sind in den Daten gegeben: Die abhängigen Variablen sind intervallskaliert (siehe oben). Es liegen zwei verbundene Stichproben vor, in dem Sinne, dass Prä- und Post-Werte von den gleichen Personen stammen. Dennoch sind die Messungen voneinander unabhängig, da sie von unterschiedlichen Zeitpunkten stammen. Die Unterschiede zwischen den verbundenen Testwerten sollten in der Grundgesamtheit normalverteilt sein, allerdings wären Verletzungen dieser Voraussetzung bei Stichproben > 30 unproblematisch. Das ist in diesem Fall gegeben, die Stichprobengröße der Personen mit Prä- und Postmessung nach Interventionsteilnahme beträgt $n = 31$.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Zu Fragestellung 1)

Wie war der Durchlauf der Teilnehmende durch die Maßnahme? Wie viele sind vom Assessment in die Hauptmaßnahme gelangt, wie viele schlossen diese ab und wurden schlussendlich integriert?



Zahlen in Klammern beschreiben den Anteil der Personen mit vollständigen Fragebogendaten für wenigstens den ersten Messzeitpunkt. 82 % der Teilnehmenden beenden die Hauptmaßnahme und 69,6 % konnten im Anschluss reintegriert werden.

Zu Fragestellung 2) Warum gelangen so viele Menschen nicht über das Assessment hinaus?

siehe hierzu „Passier, I.; Kröger, C. & Kobelt-Pönicke, A. (2024). Teilnahme an einer innovativen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für Versicherte mit komplexen Unterstützungsbedarfen INN3plus - Warum gelangen Teilnehmende häufig nicht über die Assessmentphase hinaus? *Die Rehabilitation.“* (under review)*:* Nicht-Teilnehmende wiesen hinsichtlich der Kontextfaktoren eine stärkere Beeinträchtigung durch Schmerzbelastung, körperliche Erkrankung sowie Erschöpfung auf. Es bestanden deutlichere Einschränkungen in der Mobilität, eine geringere Bedeutsamkeit der eigenen Berufstätigkeit sowie eine höhere Beeinträchtigung durch das Bestehen von Problemen in der therapeutischen bzw. medizinischen Versorgung. Die Gründe für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme lag bei jeweils knapp einem Viertel der nicht-Teilnehmenden in vorwiegend medizinischen/ physischen Problemen bzw. die Ausgestaltung der Maßnahme wurde als unpassend erlebt. Die nonparametrische Überlebenszeitanalyse zeigte, dass das Risiko für die vorzeitige Beendigung der Maßnahme v.a. auf die Beeinträchtigung durch Schmerzbelastung zurückzuführen ist; bei einer starken Ausprägung der Schmerzen wird die Maßnahme in allen Fällen vorzeitig beendet.

Zu im Folgenden variierenden Stichprobengrößen

Behindernde Kontextfaktoren (3a) wurden bereits im ersten Assessment erfasst, weshalb die Stichprobengröße für dieses Ergebnis noch am größten ist (*N* = 197). Von diesen Personen gingen allerdings nicht alle in das zweite Assessment über, in dem über Fragebögen die Ergebnisse 3b – 3f erhoben wurden. Hinzu kommt, dass die Fragebogenmessung erst ab August 2021 eingeführt wurde, obgleich bereits ab Januar 2021 Personen im Assessment waren. Einige Teilnehmende brachen das Assessment zudem vor dem Ausfüllen der Fragebögen ab. Deshalb beläuft sich die Stichprobengröße hier nur noch auf *N* = 110. Für Fragestellung 4 reduziert sich die Stichprobengröße weiter auf *N* = 31, weil nur Personen betrachtet werden konnten, die die HM beendeten und im Rahmen der Projektlaufzeit sowohl eine Prä- als auch eine Postmessung erhalten konnten.

Zu Fragestellung 3) Wie unterscheiden sich die Personen, die nur im Assessment waren, von den Personen, die in die Maßnahme fanden, in Bezug auf …

a. behindernde Kontextfaktoren?

Personen, die nicht in die HM kamen, waren in ihrer Mobilität stärker eingeschränkt als Personen, die in die HM kamen (*t* (189.9) = -2.34, *p* = .01). Sie hatten zudem mehr Probleme mit ihren Kindern (*t* (194,9) = -2.15, *p* = .02) und schwierigere soziale Beziehungen (t (189,756) = -1.94, *p* = .03).

Tabelle 2: Unterschied zwischen Hauptmaßnahmenteilnehmenden (HM) und nicht-Teilnehmenden (ASS 1) in Bezug auf behindernde Kontextfaktoren
Anmerkungen. HM = Hauptmaßnahme, ASS 1 = Assessment 1, *N* = Stichprobengröße, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

	Gesamt ***M (SD)***	**ASS 1** ***M (SD)***	**HM** ***M (SD)***	**Signifikanz Gruppenunterschied (*p*), einseitig**
N	197	116	81	
Eingeschränkte Mobilität (Zugang zu Verkehrsmitteln, Akzeptanz Fahrtwege/Umzug)	1.36 (1.05)	1.5 (1.12)	1.16 (0.92)	.01
Probleme der Kinder (z.B. Kontaktabbruch, Strafverfahren)	0.58 (0.96)	0.70 (1.1)	0.42 (0.74)	.02
Konflikthafte soziale Beziehungen	1.12 (1.16)	1.25 (1.2)	0.94 (1)	.03

In Bezug auf die anderen erhobenen Belastungsfaktoren unterschieden sich die Gruppen hingegen nicht signifikant, im Folgenden sind also die gruppenübergreifenden Mittelwerte und Standardabweichungen aufgezählt: Wohnbedingungen (*M* = 0.36, *SD* = 0.77), Finanzen (*M* = 1.51, *SD* = 1.15), kranke/pflegebedürftige Angehörige (*M* = 0.56, *SD* = 0.96), Haustiere (*M* = 0.26, *SD* = 0.69), problematische Erfahrungen mit Arbeitgebern (*M* = 1.38, *SD* = 1.26), fehlende familiäre (*M* = 1.1, *SD*= 1.1) oder soziale (*M* = 1.12, *SD* = 1.16) Unterstützung, Mangel an Freizeit und Entspannung (*M* = 1.22, *SD* = 1.12), Unfälle in der Vorgeschichte (*M* = 0.52, *SD* = 0.97), straf- oder zivilrechtliche Verfahren (*M* = 0.16, *SD* = 0.54), enttäuschende oder kränkende Erfahrungen (*M* = 1.33, *SD* = 1.22) und erfahrendes Unrecht (*M* = 0.9, *SD* = 1.1). Insgesamt schätzten sich die Teilnehmenden signifikant stärker belastet durch Kontextfaktoren (*M* = 2.21, *SD* = 1.08) ein, als die Rehafachberatenden (*M* = 1.83, *SD* = 0.81) sie einschätzten (*t* (77) = 2.94, *p* = .004, *d* = 0.33). Bei Betrachtung der Mittelwerte mag es so wirken, als würde die Belastung durch Kontextfaktoren kaum bis wenig eine Rolle spielen. Die Mittelwerte

täuschen allerdings darüber hinweg, dass bei einzelnen Fällen und für einzelne Kontextfaktoren auch Werte von 3 und 4 vergeben wurden, was deren Bearbeitung relevant gemacht hat.

b. soziodemografische Merkmale?

Der „typische Teilnehmende“ lässt sich charakterisieren als ein 49-jähriger, lediger, deutscher Mann mit abgeschlossener Lehre. In den Daten lässt sich tendenziell erkennen, dass Personen, die nicht in die Hauptmaßnahme übergingen, eher einen Hauptschulabschluss hatten, während Personen, die in die Hauptmaßnahme übergingen, überwiegend die mittlere Reife abgeschlossen hatten. Zudem schienen sich in der Gruppe der nicht-HM-Teilnehmende auch mehr Personen ohne Berufsausbildung zu befinden. Der Chi-Quadrat Test für Geschlecht wurde nicht signifikant, d.h. es war abhängig vom Geschlecht nicht mehr oder weniger wahrscheinlich, in die Hauptmaßnahme überzugehen.

Tabelle 3: Unterschied zwischen Hauptmaßnahmenteilnehmenden (HM) und nicht-Teilnehmenden (ASS 2) in Bezug auf soziodemografische Merkmale
Anmerkungen. ASS 2 = Assessment 2, HM = Hauptmaßnahme, *N/n* = Stichprobengröße, *SD* = Standardabweichung, R = Range (Spannweite)

		Gesamt	***ASS 2***	***HM***
		N (%)	***n (%)***	***n (%)***
N		110	65	45
Alter		48,98 (*SD* = 9.54; R= 23-65)	50 (*SD* = 9.59; R = 24-65)	47,4 (*SD* =9.33; R=23-61)
Geschlecht	Männlich	76 (69,1 %)	48 (73,85 %)	28 (62,22 %)
	weiblich	34 (30,9 %)	17 (26,15 %)	17 (37,77 %)
Familienstand	Ledig	62 (56,4 %)	37 (56,92 %)	25 (55,6 %)
	Verheiratet	32 (29,1 %)	19 (29,23 %)	13 (28,9 %)
	Geschieden/getrennt lebend	12 (10,9 %)	6 (9,23 %)	6 (13,3 %)
	In fester Partnerschaft	2 (1,8 %)	1 (1,53 %)	1 (2,2 %)
	Verwitwet	2 (1,8 %)	2 (3,1 %)	0 (0 %)
Staatsangehörigkeit (deutsch)		106 (96,4 %)	64 (98,5 %)	42 (93,3 %)
Migrationshintergrund	DL	96 (87,3 %)	58 (89,2 %)	38 (84,4 %)
	Andere	14 (12,7 %)	7 (10,8 %)	7 (15,5 %)
Muttersprache (deutsch)		102 (92,7 %)	62 (95,4 %)	40 (88,9 %)
Schulabschluss	HA	49 (44,5 %)	**33 (50,8 %)**	16 (35,5 %)
	Mittlere Reife	40 (36,4 %)	17 (26,1 %)	**23 (51,1 %)**
	Abitur	11 (10 %)	8 (12,3 %)	3 (6,7 %)
	Kein Schulabschluss	10 (9 %)	7 (10,8 %)	3 (6,7 %)

		Gesamt *N (%)*	*ASS 2* *n (%)*	*HM* *n (%)*
Berufsausbildung	Lehre	77 (70 %)	46 (70,8 %)	31 (68,9 %)
	Keine Berufsausbildung	13 (11,8 %)	**11 (16,9 %)**	**2 (4,4 %)**
	Andere Berufsausbildung	9 (8,2 %)	3 (4,6 %)	6 (13,3 %)
	Fachhochschule	6 (5,5 %)	3 (4,6 %)	3 (6,7 %)
	Fachschule	5 (4,5 %)	2 (3 %)	3 (6,7 %)

In Bezug auf die Einschätzung ihrer Erwerbsfähigkeit (siehe Tabelle 4) glaubten die meisten Teilnehmenden, dass sie nicht bis zur Rente erwerbsfähig sein würden, und es derzeit fraglich bis unrealistisch ist, dass sie überhaupt wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Diejenigen, die letztlich nicht in die HM eintraten, hatten dabei aber schon eher und konkreter die Option erwogen, einen Rentenantrag zu stellen.

Tabelle 4: Unterschied zwischen Hauptmaßnahmenteilnehmenden (HM) und nicht-Teilnehmenden (ASS 2) in Bezug auf Einschätzung ihrer Erwerbsfähigkeit
Anmerkungen. ASS 2 = Assessment 2, HM = Hauptmaßnahme, *N*/*n* = Stichprobengröße

		Gesamt *N (%)*	*ASS 2* *n (%)*	*HM* *n (%)*
N		110	65	45
Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?	Auf keinen Fall	56 (50,9 %)	35 (53,8 %)	21 (46,7 %)
	Eher nein	26 (23,6 %)	15 (23,1 %)	11 (24,4 %)
	Ja, sicher	12 (10,9 %)	9 (13,8 %)	3 (6,7 %)
	Unsicher	12 (10,9 %)	5 (7,7 %)	7 (15,5 %)
	Eher ja	4 (3,6 %)	1 (1,5 %)	3 (6,7 %)
Subjektiv dauerhafte Gefährdung der Erwerbstätigkeit durch Gesundheitszustand		88 (80 %)	55 (84,62 %)	33 (73,3 %)
Rentenantrag	Nein	53 (48,2 %)	27 (41,54 %)	***26 (57,8 %)***
	Ja	52 (47,3 %)	***33 (50,77 %)***	19 (42,2 %)
	Bereits gestellt	5 (4,5 %)	***5 (7,69 %)***	***0 (0 %)***
Einschränkung berufliches Leistungsvermögen	Überhaupt nicht bis kaum	10 (9,1 %)	8 (12,3 %)	2 (4,4 %)
	Etwas	20 (18,2 %)	8 (12,3 %)	12 (26,7 %)
	Ziemlich	47 (42,7 %)	26 (40 %)	21 (46,7 %)

		Gesamt *N (%)*	*ASS 2* *n (%)*	*HM* *n (%)*
	sehr	33 (30 %)	23 (35,38 %)	10 (22,2 %)
Chance, an Arbeitsplatz zurückzukehren	Sehr gut bis gut	14 (12,7 %)	9 (13,85 %)	5 (11,1 %)
	Mittel	7 (6,4 %)	2 (3,08 %)	5 (11,1 %)
	Schlecht bis sehr schlecht	89 (80,9 %)	54 (83,08 %)	35 (77,8 %)

c. persönliche Eigenschaften?

Der einzige Unterschied zwischen den Gruppen, der sich zeigte, war die Handlungsorientierung nach Misserfolg gemäß HAKEMP-24: Personen, die in die HM kamen, waren nach Misserfolgen handlungsorientierter (*M* = 52.42, *SD* = 13.31) als Personen, die nicht in die HM kamen (*M* = 46.9, *SD* = 13.88). Der Unterschied war auf dem .05 - Niveau signifikant (*t* (108) = -2.085, *p* = .02). Die mittlere Differenz zwischen den Gruppen betrug 5.52 (KI: 0.27 – 10.76). Für die prospektive Handlungsorientierung zeigte sich dieser Unterschied hingegen nicht (*t* (108) = 1,59, *p* = .06). Die Personen in der HM hatten hier einen Mittelwert von *M* = 49.3 (*SD* = 12.65); die Personen, die nicht in die HM kamen einen Mittelwert von *M* = 45.4 (*SD* = 12.76).

In Bezug auf die Selbstmanagement-Kompetenzen der Teilnehmenden gab es zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede, folgendes sind die gruppenübergreifenden Mittelwerte und Standardabweichungen: Absichten umsetzen (*M* = 43.63, *SD* = 11), Angstfreie Zielorientierung (*M* = 44.4, *SD* = 11.5), Bedrohung (*M* = 59.33, *SD* = 9.22), Belastung (*M* = 59.95, *SD* = 10.96), Initiative (*M* = 40.35, *SD* = 11.78), Integration widersprüchlicher Wahrnehmungen in das Selbst (*M* = 39.88, *SD* = 11.46), Konzentrationsfähigkeit (*M* = 46, *SD* = 10.38), Misserfolgsbewältigung (*M* = 42.6, *SD* = 11.2), Planungsfähigkeit (*M* = 45.2, *SD* = 11.54), Selbstberuhigung (*M* = 38.7, *SD* = 9.75), Selbstbestimmung (*M* = 35.5, *SD* = 10.35), Selbstgespür (*M* = 41.34, *SD* = 12.22), Selbstmotivierung (*M* = 34.28, *SD* = 10.3).

Auch in Bezug auf die Persönlichkeitsstile (PSSI-K) gab es zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Tabelle 5 zeigt deshalb die stichprobenübergreifenden Mittelwerte und Standardabweichungen für PSSIK und SEKS.

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen für Persönlichkeitsstile (PSSI-K) und stressinduzierte Persönlichkeitsstile (SEKS)
Anmerkungen. ah = ahnungsvoll, ehr = ehrgeizig, eig = eigenwillig, hilf = hilfsbereit, krit = kritisch, lieb = liebenswürdig, loyl = loyal, opti = optimistisch, selbs = selbstbestimmt, skri = selbstkritisch, sorg = sorgfältig, spon = spontan, zrüc = zurückhaltend

	ah	**ehr**	**eig**	**hilf**	**krit**	**lieb**	**loyl**	**opti**	**selbs**	**skri**	**sorg**	**spon**	**still**	**zrüc**
PSSI-K	45.4 (10.4)	38.7 (6.83)	55.3 (11.2)	55.4 (11.4)	56.4 (11.9)	42.7 (9.68)	40.9 (10.6)	44.2 (9.36)	45.67 (9)	50 (10)	54.25 (8.7)	49.52 (10.4)	56.13 (11.8)	58.86 (11.4)
SEKS	48.8 (8.1)	44.93 (9.76)	53.58 (11)		51.57 (12)	34.18 (9.73)	43.27 (10.5)		50.15 (10.4)	54.72 (12.5)	53.83 (10.4)	53.39 (12.2)		56.8 (12.6)

Insgesamt befinden sich die Persönlichkeitsausprägungen der Teilnehmenden im Normbereich. Im Folgenden wird auf leichte Abweichungen eingegangen: Die Teilnehmenden vermögen eher weniger, widersprüchliche Aspekte ihrer Wahrnehmung in ihr Selbstsystem zu integrieren. Sie haben eher unterdurchschnittlich ausgeprägte Fähigkeiten zur Selbstregulation: Ihnen fällt es schwerer, zu eigenen Zielen zu stehen, sich selbst zu unangenehmen, aber notwendigen Dingen zu motivieren und

sich selbst in kritischen Situationen zu beruhigen. Sie sind zudem durch ihre aktuelle Lebenssituation eher hohem Stress ausgesetzt (am oberen Ende des Normbereichs). Sie sind eher weniger ehrgeizig und verhalten sich in Stresssituationen eher distanziert gegenüber anderen Menschen.

d. Depressivität & Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz

Weder in Bezug auf Depressivität noch in Bezug auf Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz fanden sich signifikante Gruppenunterschiede. Gemäß PHQ-9 Auswertungsrichtlinie zeigten die Teilnehmende zu Beginn Depressivitätssymptome in moderater Schwere und sahen sich gemäß ERA eher nicht in der Lage, mit ihren Arbeitsanforderungen zurechtzukommen.

Tabelle 6: Unterschied zwischen Hauptmaßnahmenteilnehmenden (HM) und nicht-Teilnehmenden (ASS 2) in Bezug auf Depressivität und Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz
Anmerkungen. ASS 2 = Assessment 2, HM = Hauptmaßnahme, *N* = Stichprobengröße, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

	Gesamt *M (SD)*	**ASS 2** *M (SD)*	**HM** *M (SD)*	**Signifikanz Gruppenunterschied, einseitig (*p*)**	**Mittlere Differenz (Konfidenzintervall)**
N	110	65	45		
Depressivität	11.48 (5.84)	12.02 (6.3)	10.73 (5.15)	.13	−1.28 (−3.53 – 0.97)
Erwartungen zur Rückkehr an Arbeitsplatz	3.28 (1.12)	3.12 (1.16)	3.48 (1.16)	.05	0.37 (−0.08 – 0.081)

e. Krankheitsbelastung

Es fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf die Einschätzung des Gesundheitszustands, die derzeitige Erwerbsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten und den Grad der Beeinträchtigung bei der Arbeit. Es fanden sich auch keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf die Erwartung, dass der derzeitige Gesundheitszustand die allgemeine Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährden könnte ($\chi^2(2) = 2.19$, $p = .33$, $\phi = 0.09$). Insgesamt schätzten die Teilnehmenden ihren aktuellen Gesundheitszustand als unterdurchschnittlich ein und ihre Arbeitsfähigkeit ebenfalls auf sehr niedrigem Niveau. Den Grad der Beeinträchtigung auf der Arbeit schätzten sie als relativ hoch ein. Wie die deskriptiven Daten aus a) schon vermuten ließen, wird der Gruppenunterschied in Bezug auf den Gedanken, einen Antrag auf Frührente zu stellen, allerdings auf einem Niveau von .05 signifikant ($\chi^2(2) = 6.27$, $p = .04$, $\phi = 0.168$): Personen, die nicht in die Hauptmaßnahme eintraten, trugen sich häufiger mit dem Gedanken, einen Antrag auf Frührente zu stellen, als Personen, die in die Maßnahme eintraten.

Tabelle 7:Unterschied zwischen Hauptmaßnahmenteilnehmenden (HM) und nicht-Teilnehmenden (ASS 2) in Bezug auf Belastung durch Krankheit
Anmerkungen. ASS 2 = Assessment 2, HM = Hauptmaßnahme, *N* = Stichprobengröße, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

	Gesamt *M (SD)*	**ASS 2** *M (SD)*	**HM** *M (SD)*	**Signifikanz Gruppenunterschied, einseitig (*p*)**	**Mittlere Differenz (Konfidenzintervall)**
N	110	65	45		

	Gesamt *M (SD)*	ASS 2 *M (SD)*	HM *M (SD)*	Signifikanz Gruppenunterschied, einseitig (*p*)	Mittlere Differenz (Konfidenzintervall)
Aktueller Gesundheitszustand	45.32 (23.15)	44.77 (24.31)	47.11 (20.73)	.3	2.34 (−6.47 – 11.15)
Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten	3.86 (2.56)	3.58 (2.78)	4.24 (2.23)	.09	0.66 (−0.33 – 1.65)
Grad der Beeinträchtigung bei Arbeit	6.5 (2.54)	6.68 (2.64)	6.29 (2.44)	.22	−0.39 (−1.37 – 0.59)
Dauerhafte Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit durch Gesundheitszustand	82 (74,5 %)	51 (78,5 %)	31 (68,9 %)	.33	
Aktuell Gedanke, Rentenantrag zu stellen	56 (50,9 %)	39 (60 %)	17 (37,8 %)	.04	

Zu Fragestellung 4) Welche Veränderungen auf den Fragebögen lassen sich durch die Maßnahme feststellen?

Wie aus Tabelle 8 hervorgeht, lassen sich nach der Maßnahme in vielen Bereichen, die mit dem Fragebogenpaket erfasst wurden, Verbesserungen feststellen: Die arbeitsplatzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (ERA) steigt auf ein Maß, ab dem man tendenziell von positiven statt negativen Erwartungen in Bezug auf die eigenen Kompetenzen, den Arbeitsalltag zu bewältigen, ausgehen würde. Die Depressivität (PHQ-9) sinkt bedeutsam von schwer auf mittelgradig. Die Handlungsorientierung (HAKEMP-24) steigt, sowohl prospektiv, als auch nach Misserfolg. Die Fähigkeit, die zur Initiierung von Handlungen nötige Energie aufzubringen (Initiative, Absichten umsetzen) und Ablenkungen zu unterbinden (Konzentration), steigt ebenfalls (SSI-K). Die Planungsfähigkeit und auch die Selbstregulationskompetenzen (SSI-K) steigen auf ein (fast) normales Maß (Selbstberuhigung, Selbstbestimmung, Selbstmotivierung). Die Fähigkeit, widersprüchliche Aspekte und Wahrnehmungen in das Selbstsystem zu integrieren (SSI-K) verbessert sich. Die äußere Belastung (SSI-K) sinkt. Einerseits wird die Arbeitsfähigkeit (im Vergleich zur besten, je erreichten) höher bewertet, andererseits wird der Grad der eigenen Beeinträchtigung bei der Arbeit niedriger bewertet.

Tabelle 8: Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten auf dem Fragebogenpaket
Anmerkungen. T1 = erster Messzeitpunkt, im Assessment, T2 = zweiter Messzeitpunkt, nach Beendigung der Maßnahme, *N* = Stichprobengröße, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

	T1 *M (SD)*	*T2* *M (SD)*	*Signifikanz Unterschied T1-T2 (p)*	*Mittlere Differenz (Konfidenzintervall)*	*Effektstärke Cohens d*
N	31				

		T1 *M (SD)*	*T2* *M (SD)*	*Signifikanz Unterschied T1-T2 (p)*	*Mittlere Differenz (Konfidenzintervall)*	*Effektstärke Cohens d*
Arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung		3.45 (1.09)	4.04 (0.83)	.003	0.59 (0.22 – 0.96)	0.58
Depressivität		20.23 (5.7)	17.68 (4.92)	.006	2.55 (0.79 – 4.3)	1.34
Handlungsorientierung	Nach Misserfolg	49.96 (13.1)	55.14 (13.3)	.008	−5.18 (−1.45 bis −8.9)	0.51
	prospektiv	48.49 (12.6)	53.17 (13.7)	.006	−4.68 (−1.42 bis −7.94)	0.53
Stressinduzierte emotional-kognitive Stile	Selbstbestimmt	50.88 (9.13)	54.03 (9.82)	.012	3.14 (0.73 – 5.55)	
PSSI						
Hilfsbereit		56.81 (9.5)	53.47 (9.22)	.01	−3.34 (−0.85 bis −5.84)	0.49
Liebenswürdig		42.45 (6.99)	45.77 (8.91)	.04	3.32 (0.18 – 6.47)	0.39
optimistisch		44.47 (7.39)	48.59 (7.97)	.003	4.12 (1.54 – 6.69)	0.59
Sorgfältig		53.16 (7.27)	56.62 (6.8)	.003	3.46 (1.25 – 5.67)	0.57
still		57.1 (10.9)	50.68 (8.46)	< .001	−6.39 (-3.5 – 9.28)	0.81
SSI-K						
Absichten umsetzen		44.43 (11.8)	47.39 (10.7)	.037	2.97 (0.19 – 5.74)	0.39
Belastung		59.27 (11.2)	54.95 (11.1)	.025	4.32 (−0.57 bis −8.06)	0.42
Initiative		40.17 (10.5)	45.52 (11.6)	.009	5.35 (1.41 – 9.29)	0.49
Integration widersprüchlich		39.49 (9.73)	45.4 (10.4)	< .001	5.9 (3.62 – 8.19)	0.95
Konzentration		45.97 (8.54)	49.64 (9.57)	.023	3.66 (0.55 – 6.77)	0.43
Planungsfähigkeit		44.04 (10.9)	48.88 (9.88)	.002	4.84 (1.86 – 7.82)	0.59

	T1 *M (SD)*	*T2* *M (SD)*	*Signifikanz Unterschied T1-T2 (p)*	*Mittlere Differenz (Konfidenzintervall)*	*Effektstärke Cohens d*
Selbstberuhigung	38.25 (8.47)	42.2 (10.5)	.010	3.95 (1.02 – 6.89)	0.49
Selbstbestimmung	34.91 (9.07)	38.68 (8.25)	.039	3.77 (0.21 – 7.33)	0.39
Selbstmotivierung	32.95 (9.27)	41.18 (9.22)	< .001	8.23 (4.75 – 11.7)	0.87
Krankheitsbelastung					
Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit	3.97 (1.72)	5.55 (2.25)	< .001	−1.58 (−2.45 bis −0.71)	0.67
Grad der Beeinträchtigung bei der Arbeit	6.58 (2.1)	4.26 (2.35)	< .001	2.32 (1.25 – 3.39)	0.79

Interpretation, Bewertung und Einordnung der Ergebnisse im Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen

Auch wenn die Zielgröße von 30 % der Teilnehmenden, welche vom Assessment in die Hauptmaßnahme übergehen, erreicht wurde, war es dennoch überraschend. Mit den Gründen dafür setzten sich Passier, Kröger & Kobelt-Pönicke (2024) in ihrer bis dato eingereichten, aber noch unveröffentlichten Studie dezidiert auseinander:

Das Risiko für eine vorzeitige Beendigung der Maßnahme stieg insbesondere bei Beeinträchtigung durch Schmerzbelastung; bei einer starken Ausprägung der Schmerzen wird die Maßnahme in allen Fällen vorzeitig beendet. Die Behandlung wurde teilweise als *unangemessen* beurteilt. Daraus resultiert, dass für einen Teil der Teilnehmenden spezifische interdisziplinäre Maßnahmen (z. B. Raumausstattung, physiotherapeutisch-orthopädische Behandlung, Schmerzpsychotherapie) im Hinblick auf Schmerzbewältigung erforderlich erscheint. Auch aus der hier vorgenommenen Analyse geht hervor, dass es der Gruppe der nicht-Teilnehmenden in Bezug auf einige belastende Kontextfaktoren tendenziell noch ein wenig schlechter ging, als der Gruppe der Teilnehmenden. In Bezug auf viele andere Punkte fanden sich zwischen den beiden Gruppen allerdings keine wesentlichen Unterschiede: Grundsätzliche Persönlichkeitsfunktionen waren vergleichbar. Auch die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands und der damit einhergehenden Erwerbsfähigkeit waren in beiden Gruppen gleichermaßen (schlecht) ausgeprägt. Möglicherweise ist es bei der angesprochenen Zielgruppe ein schmaler Grad zwischen „besonders belastet (bspw. durch psychische Erkrankungen oder Kontextfaktoren)“ und „zu belastet, um sich für die Hauptmaßnahme selbst motivieren zu können“. Aus den vorliegenden Auswertungen kristallisiert sich als möglicher Prädiktor für Teilnahme vs. Nicht-Teilnahme an der HM am ehesten das Rentenbegehren heraus: Keine der Personen, die einen Rentenantrag gestellt hatten, nahmen letztlich an der HM teil und die meisten der nicht-Teilnehmenden hatten zumindest den Gedanken, einen Rentenantrag zu stellen. In der Gruppe der Teilnehmenden war das umgekehrt: Der überwiegende Teil schien hier (noch) kein manifestes Rentenbegehren zu haben. War die Hürde des Eintritts in die HM jedoch erstmal genommen, war der weitere Verlauf nicht mehr von ganz so hohen Abbrecherquoten geprägt: 84 % der Personen, die die HM empfohlen bekamen, nahmen das Angebot auch wahr. Von diesen beendeten 82 % die Hauptmaßnahme und immerhin noch knapp 70 % konnten in ein Arbeitsverhältnis integriert werden.

Die Fragebogendaten geben Hinweise, wie die Wiedereingliederung funktionieren konnte: Durch die Hauptmaßnahme haben sich die persönlichen Fähigkeiten der Teilnehmenden verbessert. Es liegt nahe, dass sich dadurch auch das Vertrauen der Teilnehmenden in ihre arbeitsrelevanten Fähigkeiten verbessert hat. Dass die äußere Belastung für die Teilnehmenden sank, könnte der effektiven Bearbeitung belastender Kontextfaktoren zuzuschreiben sein. Sinkende Depressivitätswerte könnten sowohl Ursache als auch Wirkung der anderen beschriebenen Verbesserungen sein. Bei der Bewertung der Maßnahme gilt es zu bedenken, dass sie inmitten der Covid-19-Pandemie stattfand: Beschränkungen und Sicherheitsmaßnahmen erschwerten einerseits die Vermittlung der Teilnehmenden in die Kliniken, sowie die Organisation und Durchführung der dortigen Präsenzveranstaltungen und Gruppenaktivitäten. Sie erschwerten andererseits auch die Vermittlung der Teilnehmenden in externe Praktika und auf den Arbeitsmarkt. Vor dem Hintergrund dieser erschwerten Bedingungen und den hier geschilderten, dennoch positiven, Projektergebnissen ist die Maßnahme insgesamt als vielversprechend zu bewerten.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

Der Einsatz von teilhabeorientierter Psychotherapie als Teil einer kombinierten beruflich-medizinischen Leistung zur Teilhabe hat sich als positiv für Personen mit komplexen hemmenden Kontextfaktoren erwiesen. Personen, die neben beruflichen auch familiäre, medizinische, soziale und oder persönliche Bedarfe haben, profitierten vom zusätzlichen Angebot einer psychotherapeutischen Beratung. Das Angebot war auch für die anderen Mitarbeitenden des Berufsförderungswerks effektiv, da sie es bei Bedarf aktivieren und so ihre eigene Einschätzung sowie Leistungen anpassen konnten. In der Projektumsetzung sind vor allem zwei Teilansätze in ihrer Wirksamkeit hervorzuheben.

1. Kombination der beruflich-rehabilitativen und psychotherapeutischen Leistungen

Die Ansätze waren aufgrund der Kombination von beruflichen und psychotherapeutischen Leistungen wirksam, da diese einen besseren Lebensweltbezug im Sinne des ICF-Schemas herstellen konnten. Die Teilnehmenden hatten in der Regel über mehrere Jahre Erlebnisse im beruflichen, aber auch im privaten Setting erfahren, die einer erfolgreichen Integration in den Arbeitsmarkt entgegenstanden. Die Erlebnisse waren häufig negativer Art und durch ihre Häufung bereits manifestiert. Die beruflich-rehabilitativen Maßnahmen fokussierten sich daher darauf, die individuellen beruflichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Teilnehmenden gezielt zu stärken und sie auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten. Aus praktischer Perspektive wurde von den Versicherten insbesondere die "Integrationswerkstatt" besonders gut bewertet. Hier konnten sie das Gefühl von Selbstwirksamkeit zurückgewinnen und so ihre Zuversicht hinsichtlich einer Integration in den Arbeitsmarkt deutlich steigern.

Die psychotherapeutischen Unterstützungsangebote waren entscheidend, um psychische Belastungen zu reduzieren, welche mit dem Arbeitsmarkt bzw. der beruflichen Teilhabe assoziiert wurden. Mit den Angeboten konnten die persönliche Stabilität der Teilnehmenden gefördert und somit eine erfolgreiche Teilnahme an den beruflichen Maßnahmen ermöglicht werden. Bei Integrationshemmnissen der Teilnehmenden konnten schnell Strategien entwickelt werden, um diese zu überwinden und den Fokus auf positive Entwicklungen zu lenken. Es war überraschend, dass trotz der theoretisch hohen Frequenz der Gespräche (1x / Woche, bei Bedarf auch mehrfach) die Inanspruchnahme variierte. Es fanden einerseits tatsächlich viele Erstberatungen von Teilnehmenden oder Mitarbeitenden statt, in denen Bedarfe geklärt wurden, die aber eine kurze Dauer hatten. Im Schnitt kamen so 3-4 Stunden pro Teilnehmenden zusammen. Es gab daneben auch einzelne Teilnehmenden, die über 10 Stunden Beratungsangebote in Anspruch genommen haben. In Einzelfällen wurden die Teilnehmenden in der Suche nach einem akutmedizinischen Psychotherapieangebot unterstützt.

Es zeigte sich also, dass das Angebot von psychotherapeutischen Einzelgesprächen sehr gut angenommen und genutzt wurde. Besonders die gemeinsame Besprechung und Analyse der IMPART Prä-Post-Messungen in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen wurde von den Teilnehmenden positiv aufgenommen. Sie konnten sich einerseits gut als „Typ“ („Macher, Grübler, Planer“) selbst identifizieren und andererseits ihren Entwicklungsfortschritt durch die Teilnahme an der Maßnahme transparent verfolgen. Bereits während der Maßnahme waren die positiven Effekte der Therapie für den Einzelnen spürbar.

Die medizinisch-rehabilitativen Leistungen wurden von den Teilnehmenden als unterstützend und hilfreich erlebt und konnten zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der Bewältigung psychischer Belastungen beitragen. Dennoch war ihre Inanspruchnahme im Vergleich zu den beruflich-rehabilitativen und psychotherapeutischen Angeboten eher begrenzt. Sie gaben also nicht den entscheidenden Ausschlag für die erfolgreiche Integration.

2. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation

Die Ansätze waren auch durch die Kooperation innerhalb des Teams und zu anderen Organisationen erfolgreich. Das interdisziplinäre Reha-Team war wichtig, da es die verschiedenen Funktionen und Rollen der Mitarbeitenden miteinander kombinierte. Neben den Psychotherapeutinnen, die für die teilhabeorientierte Psychotherapie zuständig waren, unterstützten Job-Coaches die Teilnehmenden im gesamten Bewerbungsprozess. Die Arbeitspädagogen begleiteten die Teilnehmende über den Tag und gewährleisteten somit die Umsetzung von Arbeitsaufträgen. Die Arbeitsmarktexpertin akquirierte, in regelmäßigem Austausch mit externen Arbeitgebenden, Praktikumsstellen für Teilnehmende, in denen diese ihre Fähigkeiten erproben und ausbauen konnten. Sie war sowohl Vermittlerin zwischen Arbeitsgebenden und Teilnehmende als auch „Sparringpartnerin" für die Teilnehmenden, wenn es um die Aushandlung der Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen ging.

Die Reha- und Integrationsmanagerin (RIM) koordinierte alle Aktivitäten im Team und. Auch die Angebote der Klinik wurden über die RIM koordiniert. Effektive Absprachen im Team wurden durch wöchentliche Fallbesprechungen gewährleistet, in denen die jeweiligen Aufträge der Teammitglieder bezüglich der Teilnehmende besprochen wurde, sodass diesen gegenüber nicht zu Irritationen oder missverständlichen Aussagen kam. Das erzeugte bei den Teilnehmenden zunächst ein Gefühl der Sicherheit. Es ermöglichte aber auch die Stellung von gesicherten Integrationshypothesen, wie eine teilnehmende Person mit den vorhandenen Leistungen bestmöglich in ihren individuellen, gesundheitlichen und letztlich beruflichen Belangen unterstützt werden konnte.

Die externen Kooperationen wurden während der Maßnahme in der Regel über die RIM hergestellt, die auf das Netzwerk von Unternehmen, Sozialversicherungsträgern, Verbänden, Jobcentern, Arbeitsagenturen und Selbsthilfeeinrichtungen oder anderen beratenden Instanzen zurückgriff, um gezielt Unterstützungsleistungen bei persönlichen Herausforderungen der Teilnehmenden zu aktivieren. Es konnten so die Teilnehmenden bei Problemstellungen wie Schulden, Anträgen oder der Suche nach geeigneten Unterstützungsformaten im privaten oder familiären Umfeld versorgt werden. Die Rehafachberatenden konnten mit weiteren Leistungen der Rentenversicherung unterstützen und auch im Anschluss an INN^{3plus} weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligen. Für die Teilnehmenden war die umfassende und nicht wertende Beachtung aller Problemlagen eine notwendige Unterstützung, um die Aufmerksamkeit überhaupt auf die Verfolgung ihrer Integrationshypothese zu legen.

Ein Wetterstein, den die Inn3plus Teilnehmende im Rahmen eines Projekts angefertigt haben.



4 Verstetigung vor Ort und im eigenen Rentenversicherungsträger

Die teilhabeorientierte Psychotherapie wird zukünftig weiterhin vom Berufsförderungswerk in Kooperation mit der Rehaklinik Friedrichshöhe angeboten, da es sich in Kombination mit dem gestuften Assessment und Hauptmaßnahme in Aufbau und Durchführung bewährt hat. Die gewonnen Informationen und die Bearbeitung der Bedarfe sind für die weitere Planung der beruflichen Rehabilitation und die Vorbereitung der späteren Rückkehr in den Arbeitsmarkt wertvoll.

Die teilhabeorientierte Psychotherapie sowie die interaktionelle Gruppe wird dabei als Leistung von der Rehaklinik Friedrichshöhe auf Anforderung des Berufsförderungswerks durchgeführt. Die/der zuständige Psychotherapeut/in für INN3 (Einzeltherapie) erbringt die Einzelgespräche in den Räumen des Berufsförderungswerk. Die interaktionelle Gruppe findet in den Räumen der Klinik statt. In der interaktionellen Gruppentherapie werden die Fokusthemen der Zielgruppe bearbeitet.

Die Erbringung der Psychotherapie durch die Rehaklinik ist ein Ergebnis der Erkenntnis, dass die Personalakquise im Berufsförderungswerk aufwändiger als in der Rehaklinik war und die Versorgungskontinuität besser gewährleistet werden kann. Gleichzeitig ist so auch ein Einsatz der Psychotherapeuten in anderen, nicht INN3 Angeboten möglich und es kann eine bessere Verteilung der Personalressourcen auch unter betriebswirtschaftlichen Aspekten erreicht werden. Die Rehaklinik kann aber auch auf die Angebote des Berufsförderungswerks zugreifen, um zum Beispiel die körperliche Belastungsfähigkeit oder spezifische berufliche Fähigkeiten testen bzw. beurteilen zu lassen. So wird auch das medizinisch-rehabilitative Angebot ergänzt.

Das als theoretische Grundlage des Projekts eingeführte PSI-Modell wurde in allen Bereichen und Standorten der INN-tegrativ gGmbH als handlungsleitendes Bezugsmodell für die psychologische Begleitung und die Arbeit des Rehateams eingeführt. Es ermöglicht den verschiedenen Rehateams Integrationshypothesen zu formulieren, die mehrere Aspekte der Umsetzung gleichzeitig berücksichtigen kann.

Die verwaltungsseitige Verstetigung des Angebots bedeutet einen vergleichsweisen geringen Mehraufwand. Die zuweisenden Rehafachberatenden sind bereits mit dem Angebot vertraut und haben gute Erfahrungen in Hinblick auf das Rehabilitationsziel der Wiedereingliederung gemacht. Sie bewerten die Maßnahme als wertvolle Ergänzung der vorhandenen Teilhabeleistungen, da es Versicherten mit multiplen hemmenden Kontextfaktoren adressiert. Andere Leistungen, die sich nur auf die beruflichen Teilhabebedarfe konzentrieren, können diese Zielgruppe nicht unterstützen. Es besteht ein höherer Aufklärungsbedarf hinsichtlich der psychotherapeutischen Elemente während der Akquisegespräche mit den Teilnehmenden, da diese dem Angebot zunächst teilweise skeptisch gegenüberstehen. In den Gesprächen wird dann auf den kombinierten Ansatz verwiesen, durch welchen die potentiellen Teilnehmenden im Zentrum der Maßnahme stehen.

Für die weitere Zusammenarbeit zwischen dem Berufsförderungswerk und der Rehaklinik Friedrichshöhe werden weiterhin regelmäßige Fallbesprechungen durchgeführt, die durch anlassbezogene Einzelkommunikation ergänzt werden. Für den Austausch von Unterlagen oder Dokumenten wird auf E-Mail Kommunikation mit S/MIME Verschlüsselung zurückgegriffen, da es sich bereits im Projektverlauf bewährt hatte.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung.

Die Kombination der Leistungen unterschiedlicher Erbringer, wie sie in INN^{3plus} vorgeschlagen wird, kann auf jeden Ort mit einer entsprechenden Infrastruktur übertragen werden. Dazu ist es zwar nicht unbedingt notwendig, ein entsprechend der Indikation spezialisiertes medizinisches Rehabilitationszentrum vorzuhalten, es ist aber aufgrund der Kosten, die das Vorhalten des Personals für die klinischen Leistungen auslöst, empfehlenswert.

Die Implementation wird durch das strukturierte und manualisierte Handbuch, welches Organisation, Ablauf, Inhalte der einzelnen Leistungspakete sowie den Personalbedarf detailliert beschreibt, unterstützt und erleichtert. Das Projekt kann leicht auf andere Indikationen, beispielsweise orthopädische oder auch Abhängigkeitserkrankungen übertragen werden, da die Struktur und die Inhalte der Maßnahme unabhängig von der Grunderkrankung sind und lediglich Reha-Fähigkeit voraussetzen. Gleichzeitig muss eine koordinierte Zusammenarbeit der Leistungsträger und –erbringen gegeben sein bzw. entwickelt werden, welches durch die Stelle eines Projektkoordinators erreicht werden kann.

Für eine bundesweite Verstetigung des Angebots ist aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover keine Rechtsänderung nötig. INN^{3plus} ist im Kern eine berufliche Rehabilitationsleistung, die auf eine Teilhabe am Arbeitsleben abzielt und um psychotherapeutische Inhalte erweitert wird. Nach § 49 Abs. 6 SGB IX umfassen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen zur Erreichung des Teilhabezieles, auch um Krankheitsfolgen zu vermeiden oder zu überwinden. § 49 Abs. 6 Ziff. 5 SGB IX benennt dabei insbesondere Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen.

Die komplexen Herausforderungen einer erfolgreichen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Bearbeitung insbesondere auch der Kontextfaktoren legen eine Einbeziehung psychotherapeutischer Interventionen während der Teilhabeleistung nahe, die zeitnah und wohnortfern in anderer Weise nicht zu organisieren und mit der Integrationsleistung abzustimmen wären.

Literaturverzeichnis Ergebnisband

Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L., & Jacobi, C. (2010). Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie [Return to work following work-related orthopaedic rehabilitation: a cluster randomized trial]. *Die Rehabilitation*, *49* (*1), 2–12*. https://doi.org/10.1055/s-0029-1246143

Bundesagentur für Arbeit. (2024). *Arbeits- und Fachkräftemangel trotz Arbeitslosigkeit*. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Fachkraeftebedarf/Generische-Publikationen/Arbeits-und-Fachkraeftemangel-trotz- Arbeitslosigkeit.pdf? blob=publicationFile

Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F., Bassler, M., & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation [Evaluation of Contextual Factors in Psychosomatic Rehabilitation]. *Die Rehabilitation*, *55 (6), 381–387*. https://doi.org/10.1055/s-0042-119897

Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, *24 (1), 32. https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z*

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. (2021). *Geschäftsbericht der deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.* https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/BraunschweigHannover/Geschaeftsberichte/Geschaeftsbericht_2021.html

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2024). *Reha-Bericht 2024: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.* https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html

Gerdau-Heitmann, C. and Schwarze, M. (2016). Implementation of a Return to Work Strategy in Germany—Are There Changes in Work-Related Rehabilitation Measures and Employment Status in Chronic Conditions?. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, *4, 55-66.* doi: 10.4236/ojtr.2016.41005.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica, 50 (4), 171-181. https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171*

Hansmann, M., Beller, J., Maurer, F. & Kröger, C. (2022). Self-Efficacy beliefs of employees with mental disorders or musculoskeletal diseases after sickness-related absence:
Validation of the German version of the Return-to-Work Self-Efficacy Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19 (16), 10093*. https://doi.org/10.3390/ijerph191610093

Hees, H. L., Koeter, M. W., & Schene, A. H. (2012). Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *The Journal of clinical psychiatry*, *73 (8), 1048–055*. https://doi.org/10.4088/JCP.12m07699

IMPART. (2025). *PSSI und SEKS*. Services und Testmodule. https://impart.de/services/test-modules/?lang=en#pssi-seks

IMPART. (2025a). *HAKEMP*. Services und Testmodule. https://impart.de/services/test-modules/?lang=en#hakemp

Kessemeier et al. (2018). Die Bedeutung von Arbeitsmotivation für den Reha-Erfolg. *Die Rehabilitation, 57 (4), 256–264*. Doi: 10.1055/s-0043-118196.

Krauth, C. & Bartling, T. (2017). Lohnt sich Rehabilitation?. *Bundesgesundheitsblatt, 60, 394–401.* https://doi.org/10.1007/s00103-017-2514-0.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, *16 (9), 606–613*. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kuhl, J. (1994). *Action versus state orientation: psychometric properties of the action control scale (ACS-90).* In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), Volition and Personality (S. 47–59). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). *Decomposing Self-Regulation and Self-Control: The Volitional Components Inventory*. In J. Heckhausen, & C. Dweck (Hrsg.), Motivation and Self-Regulation Across the Life Span (S. 15-49) Cambridge University Press.

Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. & Kazén, M. (2009). *PSSI: Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (2., überarbeitete und neu normierte Auflage).* Göttingen: Hogrefe.

Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M., & Worringen, U. (2018). Perspektiven einer teilhabeorientierten Psychotherapie in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation, 57*, *233-238*. http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-102553

Oster, J., Müller, G., & Wietersheim, J. (2009). "Wer profitiert?"- Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation ["Who profits?" - patient characteristics as outcome predictors in psychosomatic rehabilitation]. *Die Rehabilitation*, *48 (2), 95–102.* https://doi.org/10.1055/s-0029-1214411

Passier, I., Kröger, C. & Kobelt-Pönicke, A. (2024). Teilnahme an einer innovativen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für Versicherte mit komplexen Unterstützungsbedarfen INN3plus - Warum gelangen Teilnehmer:innen häufig nicht über die Assessmentphase hinaus? *Die Rehabilitation.* (under review).

Reims, N., Rauch, A. & Nivorozhkin, A. (2023). Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. *Die Rehabilitation, 62 (4), 207–215*. Doi: 10.1055/a-2053-6763.

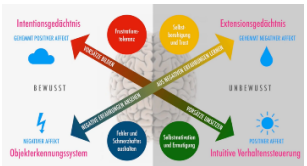
Statistisches Bundesamt. (2025). *Demografischer Wandel*. Destatis. https://www.destatis.de/DE/Im-Fokus/Fachkraefte/Demografie/_inhalt.html

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.-W. & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie*. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/331923564_Meta-Analyse_der_Effekte_stationarer_psychosomatischer_Rehabilitation_Mesta-Studie

Streibelt, M., Matthies, C., & Zollmann, P. (2025). Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation, 64, 13–24*. https://doi.org/10.1055/a-2446-7055.

Waddell, G., Burton, A.K. and Kendall, N.A. (2008) Vocational Rehabilitation—What Works, for Whom, and When? Report for the Vocational Rehabilitation Task Group, TSO, London

Abbildung. PSI-Theorie von Julius Kuhl



Entnommen aus: Jost, Peter Samuel. [PETER SAMUEL JOST]. (2022, Dezember 27). *Julius Kuhl: Wie funktioniert Persönlichkeit? | Vorstellung der PSI-Theorie | VAKUUM* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=yVUIa35hGiE (Minute 23:08)

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Integrationsnetzwerk Niedersachsen – motivieren, qualifizieren, integrieren – Effektivität einer Kombination aus medizinisch-beruflicher Rehabilitation und teilhabe- und motivations-orientierter Psychotherapie
Akronym	INN3plus
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Projektbeteiligte	INN-tegrativ gGmbH, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.12.2019 bis 30.11.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

/

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Passier, I., Kröger, C., & Kobelt-Pönicke, A. (2023). Versicherte mit Erwerbsminderungsrisiko: Identifikation, Analyse der Inanspruchnahme eines Beratungsangebots und Darstellung der gesundheitlichen und beruflichen Situation–Eine Querschnittstudie. Die Rehabilitation, 63 (03), 151-160. doi: 10.1055/a-2157-2368.

Passier, I. & Kobelt-Pönicke, A. (2023). Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren: Fremd- und Selbstbeurteilung von Rehabilitand:innen in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 62, 216-224. doi: 10.1055/a-1964-7362.

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages